Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Manuel d'instructions

Information sur les receveurs de greffes et sur les donneurs d'organes

2004

Manuel d'instructions

Information sur les receveurs de greffes et sur les donneurs d'organes

2004

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
377, rue Dalhousie
Bureau 200
Ottawa (Ontario)
K1N 9N8

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-337-5 (PDF)

© 2004 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title: "Instruction Manual—Transplant Recipient and Organ Donor Information 2004" ISBN 1-55392-336-7 (PDF)

Table des matières

Remerciements i

1. Introduction 1–1
   - Objet du présent manuel 1–1
   - Qu'est-ce que le RCITO? 1–1
   - Un bref historique du RCITO 1–2
   - Données sur les donneurs d'organes et les receveurs de greffes 1–3
   - Définitions 1–4
   - Pour plus de renseignements 1–5

2. Profil du donneur d'organes cadavérique 2–1
   - Explication des codes de définition des donneurs d'organes 2–1
   - Remplir le formulaire sur le profil des donneurs d'organes cadavériques 2–2

3. Inscription des receveurs de transplantations cardiaques 3–1

4. Inscription des receveurs de transplantations rénales 4–1
   - Profil de l'hôpital de la transplantation rénale 4–23

5. Inscription des receveurs de transplantations hépatiques 5–1
   - Formulaire de suivi des transplantations hépatiques 5–28

6. Profil des donneurs vivants 6-1

7. Inscription des receveurs d'une transplantation du bloc coeur-poumon 7–1

8. Inscription des receveurs de transplantations pancréatiques 8–1

Annexe A — Centres de transplantation participants A-1

Annexe B — Organismes chargés de l'acheminement des organes au Canada B-1

Annexe C — Formulaires pour la collecte des données

Remerciements

Au printemps 2000, on a entamé le processus de révision des formulaires de rapport du Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) pour les receveurs de greffes et les donneurs d'organes. On a formé des groupes de travail pour réviser le formulaire sur le profil des donneurs et chaque organe : rein, coeur, foie, poumon/coeur-poumon. Une série de consultations menées auprès d'un groupe constitué de plusieurs personnes a permis d'affiner le travail des divers groupes. De même, les centres de transplantation et les organismes chargés de l'acheminement des organes ont mis les formulaires à l'essai à la fin de l'été et au début de l'automne 2000. L'objectif du processus de révision était de s'assurer que les nouvelles normes de données répondent aux besoins en information des personnes oeuvrant dans le domaine des transplantations et des dons d'organes.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) désire souligner la contribution des personnes suivantes (en ordre alphabétique) au processus de révision :

Groupe de travail sur le formulaire du profil des donneurs

- Président : Dr Paul Greig, University Health Network — Toronto Hospital Corp.
- M. Bill Barrable, British Columbia Transplant Society
- M. Michael Bloch, London Health Sciences Centre — University Campus
- M. Tom Dallas, Organ Donation Ontario
- M. Anthony D'Amicantonio, Québec Transplant
- Dr Vivian McAlister, Queen Elizabeth II, Health Sciences Centre
- Mme Isabel Tsui, Institut canadien d'information sur la santé

Groupe de travail sur le formulaire des receveurs de transplantations cardiaques

- Présidente : Dr Lori West, Hospital for Sick Children
- Dr Marcelo Cantarovich, Royal Victoria Hospital
- Dr Michael Chan, Centre des sciences de la santé (Winnipeg)
- Dr Ross Davies, Institut de cardiologie de l'Université d'Ottawa
- Dr Debra Isaac, Calgary Foothills Medical Centre
- Dr Alan Menkis, London Health Sciences Centre — University Campus
- Dr Dennis Modry, University of Alberta Hospital
- Dr Peter Pflugfelder, London Health Sciences Centre — University Campus
- Dr Heather Ross, University Health Network — Toronto Hospital Corp.

Groupe de travail sur le formulaire des receveurs de transplantations rénales

- Président : Dr John Jeffery, Centre des sciences de la santé (Winnipeg)
- Dr Sandra McKay Cockfield, University of Alberta Hospital
- Dr Edward Cole, University Health Network — Toronto Hospital Corp.
- Dr Raymond Dandavino, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
- Dr Stanley Fenton, University Health Network — Toronto Hospital Corp.
- Dr Jolanta Anne Karpinski, Hôpital d'Ottawa — Campus Général
- Dr Joseph Lawen, Queen Elizabeth II, Health Sciences Centre

Groupe de travail sur le formulaire des receveurs de transplantations hépatiques

- Président : Dr Paul Greig, University Health Network — Toronto Hospital Corp.
- Dr Elliot Alpert, Royal Victoria Hospital
- Dr Les Lilly, University Health Network — Toronto Hospital Corp.
- Dr Denis Marleau, C.H. de l'Université de Montréal- St-Luc
- Dr Vivian McAlister, Queen Elizabeth II Health Sciences Centre
- Dr André Roy, C.H. de l'Université de Montréal-St-Luc

Groupe de travail sur le formulaire des receveurs de poumon/coeur-poumon

- Président : Dr Mackenzie Quantz, London Health Sciences Centre — University Campus
- M. Michael Bloch, London Health Sciences Centre — University Campus
- Dr Lori West, Hospital for Sick Children

L'ICIS désire également remercier les centres de transplantations et les organismes chargés de l'acheminement des organes de partout au Canada pour leur appui non démenti au RCITO. Leur dévouement face à la qualité de l'information sur la santé permet au RCITO d'être une ressource clinique et épidémiologique utile.

1. Introduction

Objet du présent manuel

Le manuel vise deux objectifs distincts :

- fournir les marches à suivre pour aider le personnel des hôpitaux effectuant des greffes d'organes vitaux et les organismes chargés de l'acheminement des organes à soumettre les données au RCITO sur les donneurs d'organes et les receveurs de greffes; et
- fournir les définitions et les spécifications des éléments de données utilisés dans le RCITO pour faciliter la compréhension de la base de données.

Un manuel distinct contient des renseignements similaires sur les patients en traitement pour insuffisance rénale chronique.

Les définitions et les descriptions des éléments de données contenues dans le présent manuel sont conçues pour aider à maintenir et à améliorer la cohérence et la qualité des données, qu'elles soient soumises au moyen de formulaires, d'imprimés d'ordinateur ou électroniquement.

Qu'est-ce que le RCITO?

Le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) est le réseau national d'information qui a pour mandat de recueillir et d'analyser le niveau d'activité et les résultats des greffes d'organes vitaux ainsi que les activités de dialyse rénale.

Les objectifs du RCITO sont de :

- fournir une perspective statistique nationale sur l'insuffisance organique terminale, pour des analyses comparatives et des études de recherche;
- augmenter la disponibilité du matériel comparatif en vue de faciliter une meilleure prise de décisions en matière de traitement;
- fournir des statistiques sur les tendances à long terme qui peuvent être utilisées pour la planification et l'optimisation des programmes;
- fournir un mécanisme de rétroaction pour les centres, une fonction d'assurance de la qualité pour le traitement et une norme nationale pour la comparaison;
- fournir des statistiques au secteur des soins de santé en vue d'améliorer les décisions de gestion.

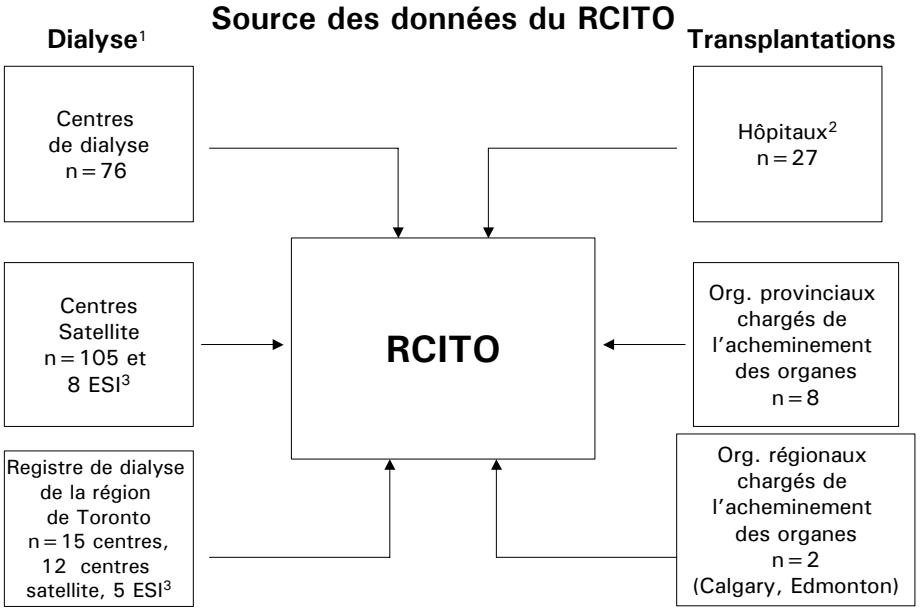
Le RCITO atteint ses objectifs en :

- publiant annuellement des rapports sur la dialyse, la transplantation, la liste d'attente et le don d'organe;
- fournissant des rapports spécifiques aux centres et aux hôpitaux participants;
- répondant aux demandes ad hoc pour des données et de l'information;
- modernisant continuellement la technologie et en répondant aux besoins changeants des utilisateurs.

À titre de base de données nationales sur la dialyse et la transplantation, le RCITO produit pour ses membres, la Société canadienne de néphrologie et la Société canadienne de transplantation, des rapports qui contiennent les résultats des activités de dialyse et de transplantation au Canada. Le RCITO fournit aussi de l'information utile à de nombreuses personnes oeuvrant dans les soins de santé, y compris le personnel infirmier en dialyse et transplantation, les coordonnateurs de greffes, d'autres membres de la Société canadienne de transplantation, les organismes chargés de l'acheminement des organes, les administrateurs d'hôpitaux, les responsables gouvernementaux, la Fondation canadienne du rein et la Fondation canadienne de la fibrose kystique.

Un bref historique du RCITO

Le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes incorpore et maintient le Registre canadien de l'insuffisance rénale, qui était administré par Statistique Canada de 1981 à 1987. En 1987, le *Hospital Medical Records Institute* a obtenu un contrat pour administrer un registre élargi, qui contiendrait des renseignements sur toutes les transplantations d'organes solides. Le registre est devenu le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes, incorporé en 1990 et dirigé par un Conseil d'administration. En 1994, un nouvel organisme, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), a pris charge des fonctions, de l'actif et du passif du *Hospital Medical Records Institute* et du Groupe MIS. L'ICIS a assumé les responsabilités pour le RCITO en 1995. Il a également assumé certaines fonctions et ressources de la Division de l'information de la santé de Santé Canada ainsi que certaines activités de Statistique Canada, conformément à l'échéancier convenu.


Source des données du RCITO
Dialyse[1]
Transplantations
Centres de dialyse n = 76
Hôpitaux[2] n = 27
Centres Satellite n = 105 et 8 ESI[3]
RCITO
Org. provinciaux chargés de l'acheminement des organes n = 8
Registre de dialyse de la région de Toronto n = 15 centres, 12 centres satellite, 5 ESI[3]
Org. régionaux chargés de l'acheminement des organes n = 2 (Calgary, Edmonton)

[1] Nombre total de centres de dialyse : 91. Nombre total de centres satellites : 117. ESI : 13.
[2] Les provinces qui déclarent sont : Nouvelle-Écosse, Québec, Ontario, Manitoba, Saskatchewan, Alberta et la Colombie-Britannique.
[3] ESI = Établissement de santé indépendant

Données sur les donneurs d'organes et les receveurs de greffes

Les questionnaires spécifiques aux patients utilisés pour recueillir l'information sur les transplantations et les donneurs multi-organes comprennent : les formulaires d'inscription des receveurs de coeur, des receveurs de poumon(s)/coeur-poumons, des receveurs de foie, des receveurs de rein, des receveurs de pancréas, et le formulaire sur le profil des donneurs.

Les données du RCITO sont orientées vers le patient, c'est-à-dire que le traitement du patient est suivi à partir du moment de sa première transplantation jusqu'à son décès, ou qu'on soit sans nouvelles de lui. On recueille l'information sur toutes les transplantations autres que rénales au Canada, et sur les transplantations rénales effectuées depuis 1981. La collecte de données plus détaillées sur les donneurs et les receveurs a commencé au début des années 1990.

L'information sur les patients provient des centres de transplantation ou des organismes chargés de l'acheminement des organes qui ont des dossiers centralisés. Les données peuvent être soumises annuellement ou à intervalles plus fréquents au cours de l'année. On espère qu'à la longue, toutes les données sur les transplantations et les donneurs seront transmises au RCITO au moyen de fichiers de données électroniques, à partir de bases de données mises à jour sur place ou d'interfaces accessibles sur le Web.

La première fois qu'on entre des données sur un patient dans l'ordinateur du RCITO, un numéro d'identification du patient lui est attribué. Ce numéro le suivra tout au long de son traitement. Cela signifie qu'un enregistrement de transplantation rénale, par exemple, sera ajouté aux enregistrements existants si le patient a reçu des traitements de dialyse antérieurs.

L'information de suivi se limite à la date et la cause de l'échec de la transplantation, et à la date et la cause de décès pour toutes les transplantations, sauf celles du foie. L'information de suivi est traitée annuellement ou à des intervalles plus fréquents. On la saisit de l'une des façons suivantes :

- section D des formulaires d'inscription des receveurs
- listes informatiques que le RCITO distribue à chaque centre pour leur mise à jour
- fichiers informatiques mis à jour obtenus auprès des programmes

À compter de 2001, les receveurs de transplantation hépatique qui ont eu un diagnostic d'hépatite B, d'hépatite C ou de tumeur au foie sont suivis chaque année afin de surveiller la récurrence de la maladie.

Les enregistrements de suivi sont ajoutés et reliés aux enregistrements existants en utilisant le numéro d'identification du patient, que l'on repère par le nom du patient et sa date de naissance. Tous les traitements de suivi doivent êtres conformes à de strictes séries de vérifications. Par exemple, un patient ne peut avoir une deuxième transplantation cardiaque si le premier coeur est encore inscrit comme étant fonctionnel.

Le personnel du RCITO travaille étroitement avec les hôpitaux et les organismes chargés de l'acheminement des organes pour assurer l'intégralité et l'exactitude des données.

Définitions

Avant de remplir les formulaires, il est important de bien comprendre les définitions suivantes.

Référence : *Communication avec un programme de dons d'organes au sujet d'un patient qui peut être un donneur d'organes. On lui attribuera un numéro d'identification unique, et ce patient ne deviendra* ***donneur potentiel*** *que lorsque la mort cérébrale a été confirmée et que le consentement a été obtenu.*

Donneur potentiel : *Un appel qui a répondu aux critères généraux d'acceptation pour le don d'organes.*

Critères d'acceptation des donneurs

1. *Pas d'infection générale active*
2. *Pas de tumeur maligne (sauf tumeur cérébrale primaire)*
3. *Pas de signe du VIH*

Donneur cadavérique réel : *Un donneur d'organe potentiel dont au moins un organe a été prélevé et transplanté.*

Donneur de prélèvement : *Un donneur potentiel dont la mort cérébrale a été attestée et pour qui le consentement au don d'organe a été obtenu. Le prélèvement d'un organe peut se produire, mais le patient est considéré comme un donneur* ***réel*** *seulement si au moins un organe est transplanté.*

Donneur dont le coeur ne bat pas : *Un patient dont la mort cérébrale n'a pas été attestée et dont le décès a été attribué à un arrêt cardiaque. Ce patient peut ou non avoir été intubé.*

Nouveaux patients : *Tout patient qui a commencé un traitement à long terme pour insuffisance rénale (dialyse ou transplantation) pour la première fois au cours de l'année civile.*

Jeunes patients : *Les patients âgés de moins de 18 ans pendant l'année à l'étude ou au moment du traitement initial/transplantation.*

Patients inscrits : *Les patients qui ont commencé leur traitement (dialyse ou transplantation) pour la première fois en 1981 ou après. Ces patients sont inscrits dans le RCITO et leurs progrès sont suivis chaque année.*

Pour plus de renseignements

Si vous désirez recevoir d'autres renseignements ou si vous avez des commentaires sur le contenu ou l'utilité du présent manuel d'instructions, veuillez vous adresser au personnel du RCITO au bureau de l'ICIS de Toronto. Vos commentaires sont appréciés.

Vous pouvez contacter le RCITO à :

Institut canadien d'information sur la santé
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
90, avenue Eglinton Est
Bureau 300
Toronto (Ontario)
M4P 2Y3
Tél. : (416) 481-2002
Téléc. : (416) 481-2950
Courriel : rcito@cihi.ca

2. Profil du donneur d'organes cadavérique

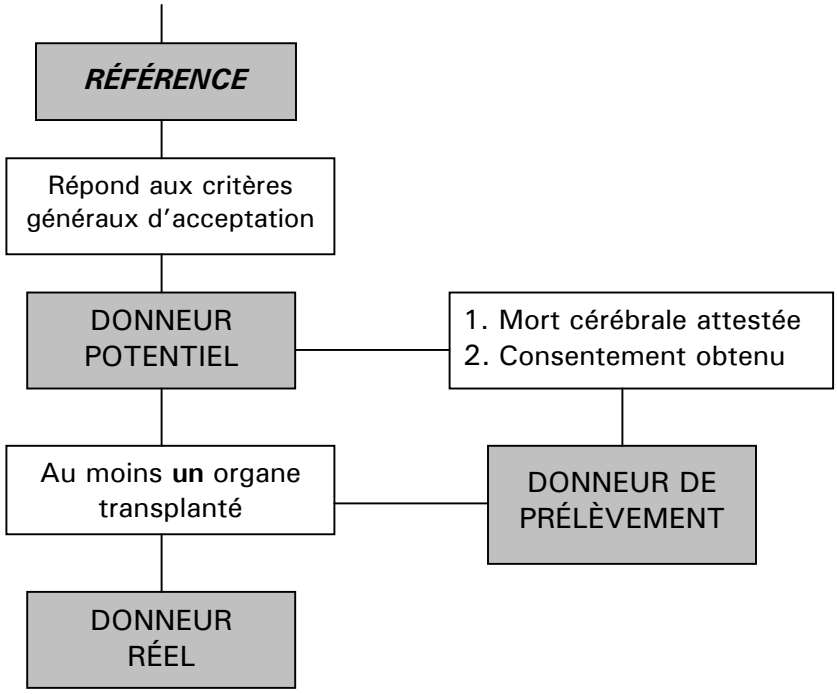
Explication des codes de définition des donneurs d'organes

Afin de maintenir la cohérence et l'exactitude de la collecte des données, on a proposé que tous les programmes de dons d'organes au Canada utilisent une série commune de définitions standardisées. Quatre termes de base doivent être utilisés : la **référence**, le donneur **potentiel**, le donneur de **prélèvement** et le donneur **réel**. Leurs définitions s'appuient sur la chronologie des événements et sur un certain nombre de critères de base (voir le diagramme ci-dessous). Bien qu'il puisse y avoir des différences entre les programmes dans l'interprétation d'un ou de plusieurs de ces termes, on suggère d'adopter les définitions décrites à des fins de cohérence à l'échelle nationale.

Référence : Première communication entre le centre de don d'organes et le coordonnateur pour établir si l'organe convient. Tous les appels sont considérés comme références.

Critères d'acceptation des donneurs
1. Pas d'infection générale active
2. Pas de tumeur maligne (sauf tumeur cérébrale primaire)
3. Pas d'indication de VIH

Raisons pour référence non acceptable ou non appropriée (l'organe ne sera pas prélevé) :
- Consentement non demandé
- Consentement demandé et refusé
- Mort cérébrale non attestée
- Raisons médicales (stabilité, infection, etc.)
- Logistique (questions relatives aux ressources de l'équipe, de l'hôpital ou de la transplantation)
- Pas de receveur apparié
- Refus du médecin examinateur



Référence : Communication avec un programme de dons d'organes au sujet d'un patient qui **peut** être un donneur d'organes. On lui attribuera un numéro d'identification unique, et ce patient ne deviendra donneur **potentiel** que lorsque la mort cérébrale a été confirmée et que le consentement a été obtenu.

Donneur potentiel : Un appel qui a répondu aux critères généraux d'acceptation pour le don d'organes.

Donneur de prélèvement : Un donneur potentiel dont la mort cérébrale a été attestée et pour qui le consentement au don d'organe a été obtenu. Le prélèvement d'un organe peut se produire, mais le patient est considéré comme un donneur **réel** seulement si au moins un organe est transplanté.

Donneur réel : Un donneur d'organe potentiel dont au moins un organe a été prélevé et transplanté.

Donneur dont le coeur ne bat pas : Un patient dont la mort cérébrale n'a pas été attestée et dont le décès a été attribué à un arrêt cardiaque. Peut aussi être considéré comme un donneur possible de **tissus**. Ce patient peut ou non avoir été intubé.

Remplir le formulaire sur le profil des donneurs d'organes cadavériques

Un formulaire sur le profil du donneur d'organes cadavérique doit être rempli pour chaque donneurs référés. Ceci inclut tous les donneurs actuels et potentiels.

Référence — Définition

Référence : Une référence constitue la communication initiale entre l'organisme du donneur et le coordinateur afin de juger de l'acceptabilité du donneur. Tous les appels sont des références.

Donneur potentiel : Un appel qui a répondu aux critères généraux d'acceptation pour le don d'organes.

Donneur réel : Un donneur d'organe potentiel dont au moins un organe a été prélevé et transplanté.

Section A — Information sur la référence/donneur

Le programme organisant le prélèvement d'organes

- Inscrire le nom de l'organisme chargé de l'organisation du prélèvement des organes du donneur, (c'est-à-dire d'où vient le donneur).
- Inscrire le nom du pays si le donneur est étranger (p. ex. les États-Unis).
- Le personnel du RCITO a converti le programme en un code numérique.
- Les valeurs acceptables :

Codes — Programme organisateur du prélèvement de l'organe	
10	St. John's, T.-N.-L.
09	St. John, N.-B.
01	Halifax, N.-É.
07	Montréal, Qc
13	Québec, Qc
15	Kingston, Ont.
11	Ottawa, Ont.
16	Toronto, Ont.
02	Hamilton, Ont.
05	London, Ont.
06	Winnipeg, Man.
14	Saskatoon, Sask.
17	Regina, Sask.
03	Calgary, Alb.
04	Edmonton, Alb.
12	Vancouver, C.-B.
98	Inconnue/non disponible
99	Autre, préciser le pays

Numéro d'identification du donneur attribué par le programme de prélèvement

- Inscrire le numéro d'identification local de ce donneur par programme de prélèvement d'organes. Ce numéro est utilisé lors de la liaison de l'information sur le bénéficiaire avec celle du profil du donneur, et également lors d'une demande de clarification d'informations auprès du centre local (p. ex. si l'organe utilisé provient d'une autre province, le numéro d'identification original attribué par le programme de prélèvement **doit** être utilisé).

Nom de famille abrégé

- Inscrire les trois premières lettres du nom de famille du donneur pour fins de confidentialité.
- Grâce au nom de famille abrégé, l'enregistrement de ce receveur peut être lié correctement avec celui du profil du donneur, particulièrement lorsque ce dernier provient de l'extérieur de la province.

Province ou l'état de résidence

- Inscrire la province ou l'état de résidence qui est la province habituelle du donneur au moment du décès.
- Valeurs acceptables :

Codes — Province ou état de résidence	
Code	**Province — Canada**
AB	Alberta
BC	Colombie-Britannique
MB	Manitoba
NB	Nouveau-Brunswick
NL	Terre-Neuve-et-Labrador
NS	Nouvelle-Écosse
NT	Territoires du Nord-Ouest
NU	Nunavut
ON	Ontario
PE	Île-du-Prince-Édouard
QC	Québec
SK	Saskatchewan
YT	Yukon
	État — États-Unis
AL	Alabama
AK	Alaska
AS	American Samoa
AZ	Arizona
AR	Arkansas
CA	Californie
CO	Colorado
CT	Connecticut
DE	Delaware
DC	District de Columbia
FL	Floride

Codes — Province ou état de résidence	
GA	Géorgie
GU	Guam
HI	Hawaii
NE	Nebraska
NV	Nevada
NH	New Hampshire
NJ	New Jersey
NM	New Mexico
NY	New York
NC	Caroline du Nord
ND	Dakota du Nord
OH	Ohio
OK	Oklahoma
PA	Pennsylvanie
PR	Puerto Rico
RI	Rhode Island
SC	Caroline du Sud
ID	Idaho
IL	Illinois
IN	Indiana
IA	Iowa
KS	Kansas
KY	Kentucky
LA	Louisiane
ME	Maine
MD	Maryland
MA	Massachusetts
MI	Michigan
MN	Minnesota
MS	Mississippi
MO	Missouri
MT	Montana
SD	Dakota du Sud
TN	Tennessee
TX	Texas
UT	Utah
VT	Vermont
VI	Virgin Islands
VA	Virginie
WA	Washington
WV	Virginie de l'Ouest
WI	Wisconsin
WY	Wyoming
XX	Un pays autre que le Canada ou les États-Unis
ZZ	Inconnu

Pays de résidence

- Inscrire le pays de résidence habituel de ce donneur au moment du décès.
- Valeurs acceptables :

Codes — Pays de résidence	
AUS	Australie
AUT	Autriche
BEL	Belgique
CAN	Canada
CZE	Tchécoslovaquie
DNK	Danemark
DEU	Allemagne
GBR	Royaume Uni
FRA	France
ISR	Israël
ITA	Italie
JPN	Japon
MEX	Mexique
ESP	Espagne
SWE	Suède
USA	États-Unis

Référence téléphonique acceptée

- Indiquer si le donneur a été accepté.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Raisons pour lesquelles le donneur ou les organes n'ont pas été utilisés

- Si la référence n'a pas été acceptée, indiquer la raison.
- Valeurs acceptables :

Codes — Raisons pour lesquelles les organes n'ont pas été utilisés	
03	Logistique de l'équipe/centre (questions relatives aux ressources de l'équipe, de l'hôpital ou de la transplantation)
04	Raisons médicales (stabilité, infection, etc.)
07	Consentement non demandé
08	Mort cérébrale non attestée
09	Refus du médecin examinateur
10	Consentement demandé et refusé
98	Inconnue/non disponible
99	Autre raison (préciser)_____

Obtention du consentement de la famille

- Indiquer si le consentement a été obtenu.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Mort cérébrale attestée

- Indiquer si le donneur a été déclaré décédé d'une mort cérébrale attestée. Une mort cérébrale se manifeste par l'absence d'une durée de 24 heures des mouvements et de la respiration spontanée, et d'une absence de tous les réflexes du tronc cérébral.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Pas de battement du coeur

- Indiquer si le coeur du donneur ne bat pas.
- *Un donneur dont le coeur ne bat pas est un patient dont la mort cérébral n'a pas été déterminée et qui est mort d'un arrêt cardiaque. Ce patient pourrait ou non avoir été intubé.*
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Âge du donneur

- Inscrire l'âge du donneur.
- Fourchette acceptable :

  Âge en **années** des patients de deux ans ou plus (002 à 130)
  Âge en **mois** des patients de moins de 24 mois (001 à 023)
  Âge en **jours** des patients de moins de 30 jours (001 à 030)
  Nouveau-né = 000

Province ou état de décès

- Inscrire la province ou l'état dans lequel le donneur est décédé.
- Si le donneur est décédé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, inscrire le pays (p. ex. Mexique) — voir les éléments des données pays de décès ci-dessous.
- Valeurs acceptables : Voir codes ci-dessus — Province ou l'état de résidence.

Pays de décès

- Inscrire le pays de décès.
- Valeurs acceptables : Voir codes ci-dessus — Pays de résidence.

Sexe du donneur

- Inscrire le sexe biologique du donneur. Une seule réponse peut être acceptée.
- Valeurs acceptables :

  H = Homme
  F = Femme
  A = Autre (transsexuel, hermaphrodite)

Groupe sanguin du donneur

- Inscrire le groupe sanguin du donneur.
- Valeurs acceptables :

  A
  B
  AB
  O
  I (Inconnu/aucune réponse)

Origine raciale du donneur

- Inscrire le code de la race du donneur.
- Seulement une réponse peut être acceptée.
- Si « Autre/Multiraciale » inscrire la race.
- Valeurs acceptables :

Codes — Origine raciale		
Code	**Description**	
O1	Blanc/Caucasien	p. ex. Canadien français et les autres peuples d'ascendance européenne, australienne ou russe
O2	Asiatique	p. ex. Chinois, Japonais, Vietnamien, Coréen, Taiwanais
03	Noir	p. ex. Africain, des Caraïbes, Sud-Américain, Cubain
05	Sous-continent indien	p. ex. peuples de l'Inde, du Pakistan et du Bangladesh
08	Îles du Pacifique	p. ex. Philippin
09	Autochtone	p. ex. Indien d'Amérique du Nord, Métis, Inuit
10	Moyen-Orient/Arabe	p. ex. peuples de l'Arabie saoudite, de l'Iran, de l'Iraq, de la Jordanie, de la Syrie, de l'Arménie, Algérie
98	Inconnu	
99	Autre/Multiraciale	

Codes en vigueur à partir du 1er janvier 2001			Anciens codes	
Blanc/Caucasien	01	→	Blanc	01
Asiatique	02	→	Asiatique	02
Noir	03	→	Noir	03
Sous-continent indien	05	→	Indien de l'Inde	05
Îles du Pacifique	08	→	Philippin	08
Autochtone	09	→	Indiens de l'Amérique du Nord et Inuit	04 & 07
Moyen-Orient/Arabe	10			
Inconnu	98	→	Inconnu	98
Autre/Multiraciale	99	→	Autre	99

Taille du donneur

- Inscrire la taille du donneur en centimètres au moment du décès.
- Valeurs acceptables : cm (facteur de conversion : 1 pouce =2,54 cm; 0,39 pouce = 1 cm).

Poids du donneur

- Inscrire le poids du donneur en kg au moment du décès.
- Valeurs acceptables : kg (facteur de conversion : 1 livre = 0,45 kg; 2,21 livres = 1 kg).

Cause de décès du donneur

- Inscrire le code représentant la cause de décès du donneur.
- Si la cause du décès est le code 5 (surdose), 3 (traumatisme), 10 (accident intracrânien), ou 99 (Autre), fournir d'autres détails si disponibles (c.-à-d. la drogue, le type de traumatisme, d'accident intracrânien (AVC, etc.)).
- Valeurs acceptables :

Codes — Causes de décès	
Code	**Description**
01	Anoxie/Hypoxie
02	A.V.C. (accident vasculaire cérébral)
03	Traumatisme (non dû à un accident de la circulation) — préciser
04	Accident de la circulation
05	Surdose — préciser
06	Tumeur primaire du système nerveux central
07	Rupture d'anévrisme cérébral
08	Hémorragie cérébrale spontanée
09	Blessure par balle
10	Accident cérébral — préciser
11	Infection du système nerveux central
12	Empoisonnement au monoxyde de carbone
13	Oedème cérébral
14	Asthme, non précisé
15	MSN (mort subite du nourrisson)
98	Inconnue
99	Autre — préciser

Section B — Information sur l'hôpital

Identification de l'hôpital

- Inscrire en entier le nom et l'adresse de l'hôpital où ce donneur a été identifié.
- Le personnel du RCITO a converti cette information en un code à 5 chiffres.

Date d'admission

- Inscrire la date à laquelle le patient a été admis à l'hôpital original pour des soins immédiats avant d'être identifié comme donneur.
- Format : JJ-MMM-AAAA

Date de la mort cérébrale

- Inscrire la date déclarée de la mort cérébrale.
- Inscrire la date à laquelle la mort cérébrale a été attestée. *Une mort cérébrale se manifeste par l'absence d'une durée de 24 heures des mouvements et de la respiration spontanés et d'une absence de tous les réflexes du tronc cérébral.*
- Format : JJ-MMM-AAAA

Heure de la mort cérébrale

- Inscrire à quelle heure on a déclaré la mort cérébrale. Format : HH-MM

Hôpital où les organes ont été prélevés

- Inscrire le nom et le lieu de l'hôpital où l'organe a été prélevé.
- Le personnel du RCITO a converti cette information en un code à 5 chiffres.

Date du clampage

- Inscrire la date du prélèvement et du clampage de l'organe avec une solution glacée préparée spécialement. Le clampage et le prélèvement sont effectués à la même date.
- Format : JJ-MMM-AAAA

Heure du clampage

- Inscrire l'heure du prélèvement et du clampage de l'organe avec une solution glacée préparée spécialement.
- Format : HH-MM

Section C — Sérologie et facteurs de risque (pour les donneurs réels seulement)

Statut sérologique du donneur

Hépatite BsAg

- Inscrire si le donneur présente des antigènes associés à l'hépatite B (hépatite BsAg) au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Hépatite BcAb

- Indiquer si le résultat était positif lorsque le donneur a été testé pour des anticorps d'hépatite B au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Hépatite C

- Indiquer si le donneur présente des anticorps d'hépatite C au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Virus d'Epstein Barr

- Indiquer si le donneur présente des anticorps du virus Epstein Barr au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

VIH

- Indiquer si le donneur présente des antigènes VIH au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

CMV

- Indiquer si le donneur présente des anticorps de cytomégalovirus au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

HTLV type I et II (virus du lymphome humain à cellules T)

- Indiquer si le donneur présente des anticorps de HTLV au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Profil du donneur HLA

HLA = antigène HLA, utilisé pour déterminer la compatibilité entre les donneurs et les receveurs dans certaines transplantations. Veuillez inscrire les informations sur les marqueurs antigéniques suivants :

Profil HLA du donneur

- Inscrire les loci HLA A1 et A2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes — Codes HLA A	
Codes	**Description**
0001	A1
0002	A2
0203	A203
0210	A210
0003	A3
0009	A9
0010	A10
0011	A11
0019	A19
0023	A23(9)
0024	A24(9)
2403	A2403
0025	A25(10)
0026	A26(10)
0028	A28

Codes — Codes HLA A	
Codes	**Description**
0029	A29(19)
0030	A30(19)
0031	A31(19)
0032	A32(19)
0033	A33(19)
0034	A34(10)
0036	A36
0043	A43
0066	A66(10)
0068	A68(28)
0069	A69(28)
0074	A74(19)
0080	A80
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Profil HLA B du donneur

- Inscrire les loci HLA B1 et B2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes — Codes HLA B	
Codes	**Description**
0005	B5
0007	B7
0703	B703
0008	B8
0012	B12
0013	B13
0014	B14
0015	B15
0016	B16
0017	B17
0018	B18
0021	B21
0022	B22
0027	B27
2708	B2708
0035	B35
0037	B37
0038	B38(16)

Codes — Codes HLA B	
Codes	**Description**
0039	B39(16)
3901	B3901
3902	B3902
0040	B40
4005	B4005
0041	B41
0042	B42
0044	B44(12)
0045	B45(12)
0046	B46
0047	B47
0048	B48
0049	B49(21)
0050	B50(21)
0051	B51(5)
5102	B5102
5103	B5103
0052	B52(5)
0053	B53
0054	B54(22)
0055	B55(22)
0056	B56(22)
0057	B57(17)
0058	B58(17)
0059	B59
0061	B61(40
0062	B62(15)
0063	B63(15)
0064	B64(14)
0065	B65(14)
0067	B67
0070	B70
0071	B74(70)
0072	B72(70)
0073	B73
0075	B75(15)
0076	B76(15)
0077	B77(15)
0078	B78
0081	B81
0004	BW4
0006	BW6
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Profil HLA DR du donneur

- Inscrire les loci HLA DR1 et DR2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes si est disponible, veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes HLA DR	
Codes	**Description**
0001	DR1
0103	DR103
0002	DR2
0003	DR3
0004	DR4
0005	DR5
0006	DR6
0007	DR7
0008	DR8
0009	DR9
0010	DR10
0011	DR11(5)
0012	DR12(5)
0013	DR13(6)
0014	DR14(6)
1403	DR1403
1404	DR1404
0015	DR15(2)
0016	DR16(2)
0017	DR17(3)
0018	DR18(3)
0051	DR51
0052	DR52
0053	DR53
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Profil HLA DQ du donneur

- Inscrire les loci HLA DQ1 et DQ2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes HLA DQ	
Codes	**Description**
0001	DQ1
0002	DQ2
0003	DQ3
0004	DQ4
0005	DQ5
0006	DQ6
0007	DQ7
0008	DQ8
0009	DQ9
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Facteurs de risque du donneur

Fumeur

- Indiquer si le donneur était fumeur au moment de la transplantation (p. ex. personne qui a fumé des cigarettes, des cigares ou la pipe durant les derniers trois mois).
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Hypertension

- Indiquer si le donneur prenait des médicaments anticalciques, des vasodilatateurs, des agents bêtabloquants, des diurétiques, un inhibiteur de l'enzyme de conversion (tel que Captopril, Enalapril) contre l'hypertension au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Coronaropathie

- Indiquer si l'on avait diagnostiqué une coronaropathie chez le donneur au moment de la transplantation. La coronaropathie, cause principale d'un infarctus du myocarde, connue aussi sous le nom d'athérosclérose, est une maladie qui se manifeste par un rétrécissement ou une occlusion des artères coronaires.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Diabète

- Indiquer si le donneur était diabétique de type 1 ou 2 au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Hyperlipidémie

- Indiquer si le taux des lipides dans le plasma du donneur était élevé (cholestérol, triglycérides et lipoprotéines).
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Section D — Renseignements additionnels pour les donneurs d'organes — Pour les donneurs d'un coeur seulement, veuillez remplir ce qui suit :

Inotropes au moment du prélèvement

- Indiquer lequel des médicaments suivants est administré au moment du prélèvement : Digoxine, Dobutamine, Dopamine, Amrinone, Milrinone, Épinéphrine, Noradrénaline, Isoprotérénol, Phenylephrine, Vasopressine.
- Si autre, veuillez préciser.
- Indiquer si le donneur recevait une dose élevée pour chaque médicament administré. Voir le tableau ci-dessous pour les fourchettes habituelles des valeurs cliniques pour les doses de médicaments administrées considérées « dose élevée » :

Dose élevée — Définitions		
Nom générique	**Nom commercial**	**« Dose élevé »**
Vasopressine	Pitressin	>5 unités
Amrinone	Inocor	> 10 mcg/kg/min.
Milrinone	Primacor	>0.50 mcg/kg/min.
Digoxine	Lanoxin	>10 mcg/kg
Dobutamine	Dobutrex	>10 mcg/kg/min.
Dopamine	Intropin	>10 mcg/kg/min.
Épinéphrine	Adrenaline	>10 mcg/min.
Noradrénaline	Levophed	>10 mcg/min.
Isoprotérénol	Isoprel	>10 mcg/min.
Phenylephrine	Neosynephrine	>100 mcg/min.

Résultats de l'échocardiographie

- Indiquer si le donneur a subi une échographie. Si tel est le cas, le fonctionnement était-il normal ou pas?
- Valeurs acceptables :
  0 = Non effectué
  1 = Effectué, fonctionnement normal
  2 = Effectué, fonctionnement anormal
  9 = Inconnu

Résultats de l'ECG

- Indiquer si le donneur a subi un électrocardiogramme. Si tel est le cas, le fonctionnement était-il normal ou pas?
- Valeurs acceptables :
  0 = Non effectué
  1 = Effectué, normal
  2 = Effectué, anormal
  9 = Inconnu

Résultats de la coronarographie

- Indiquer si le donneur a subi une coronarographie. Si tel est le cas, le fonctionnement était-il normal ou pas?
- Valeurs acceptables :
  0 = Non effectué
  1 = Effectué, normal
  2 = Effectué, anormal
  9 = Inconnu

Section E — Information spécifique sur les organes

Cette section recueille de l'information sur les raisons pour lesquelles les organes n'ont pas été prélevés et/ou transplantés, et des renseignements qui aideront à lier les receveurs de greffes au bon enregistrement du profil du donneur. L'information doit être codifiée pour chacun des organes ci-dessous.

Double reins/En bloc, rein droit, rein gauche
Coeur
Foie (l'organe au complet), foie, lobe droit, foie, lobe gauche, segment latéral
Pancréas — pancréas entier, segment, ilôts pancréatiques
Coeur-poumons
Deux poumons
Deux poumons/En bloc, poumon droit, poumon gauche
Intestins
Fipe (foie, petit intestin, pancréas, estomac)
Autre multi-organe en bloc prélévé (préciser les organes)

Organe(s) prélevé(s)

- Indiquer si l'organe/les organe(s) ont été prélevé(s). Sinon, indiquer la raison pour laquelle ils(s) ne l'a (ont) pas été et remplir les sections A et B.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non

Organe spécifique

- Pour chaque organe énuméré, indiquer si l'organe a été prélevé du donneur.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non

Transplanté

- Pour chaque organe énuméré, indiquer si l'organe a été transplanté.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non

Raison de la non-transplantation

- Inscrire le code représentant la raison pour laquelle chacun des organes n'a pas été prélevé et/ou transplanté.
- Valeurs acceptables :

Codes — Raisons pour lesquelles le donneur ou les organes n'ont pas été utilisés	
01	Pas de consentement pour un organe spécifique
02	Pas de receveur (pas de receveur convenablement apparié)
03	Logistique de l'équipe/du centre (questions relatives aux ressources de l'équipe, de l'hôpital ou aux transplantations)
04	Raisons médicales (stabilité, infection, etc.)
98	Inconnue/non disponible
99	Autre raison — préciser

Organe envoyé à

- Inscrire le nom et le lieu de l'hôpital où cet organe a été envoyé.
- Cette information est utilisée pour établir un lien précis entre les receveurs d'organes et ce donneur.

Nom du receveur

- Inscrire le nom du receveur de cet organe, s'il est connu.
- Cette information est utilisée pour établir un lien précis entre les receveurs d'organes et ce donneur.

3. Inscription des receveurs de transplantations cardiaques

Section A — Information sur le receveur

Nom et ville de l'hôpital où la transplantation a été effectuée

- Inscrire le nom de l'hôpital et la ville où la transplantation a été effectuée. Le nom de la ville doit être indiqué pour différencier les hôpitaux du même nom dans différentes villes.
- Cette information est convertie par l'ICIS en un code à 5 chiffres. Si vous connaissez le code de l'ICIS réservé à votre hôpital, vous pouvez l'inscrire sur le formulaire au lieu du nom et de la ville de l'hôpital.

Nom du patient

- Inscrire le nom du patient ou nom de famille/dernier nom utilisé par le patient. Inscrire sans titre. Un trait d'union simple (p. ex. JEAN-TREMBLAY), une apostrophe (p. ex. O'HARA) ou un espace blanc (p. ex. VAN DUSEN) peuvent être inscrits.

Prénom et second prénom du patient

- Inscrire le prénom du patient ou le nom de baptême, ainsi que le second prénom, le cas échéant, utilisé par le patient.
- Si le patient est souvent appelé par un sobriquet, veuillez l'indiquer entre parenthèses (p. ex. Elisabeth (Betty) Roy).

Nom antérieur du patient

Inscrire le nom de jeune fille (avant le mariage) ou le nom antérieur de tout patient qui a changé de nom (p. ex. Elizabeth Roy était Elizabeth Bélanger auparavant, donc Bélanger serait inscrit).

Sexe

- Inscrire le sexe du patient.
- Valeurs acceptables :

  H = Homme
  F = Femme
  A = Autre (transsexuel, hermaphrodite)

Groupe sanguin

- Inscrire le groupe sanguin du patient.
- Valeurs acceptables :

  A
  B
  O
  AB
  I (Inconnu/aucune réponse)

Origine raciale

- Inscrire le code représentant l'origine raciale du patient.
- Valeurs acceptables :

Codes — Origine raciale		
Code	**Description**	
1	Blanc/Caucasien	p. ex. Canadien français et les autres peuples d'ascendance européenne, australienne ou russe
2	Asiatique	p. ex. Chinois, Japonais, Vietnamien, Coréen, Taiwanais
3	Noir	p. ex. Africain, des Caraïbes, Sud-Américain, Cubain
5	Sous-continent	p. ex. peuples de l'Inde, du Pakistan et du Bangladesh
8	Îles du Pacifique	p. ex. Philippin
9	Autochtone	p. ex. Indien d'Amérique du Nord, Métis, Inuit
10	Moyen-Orient/Arabe	p. ex. peuples de l'Arabie saoudite, de l'Iran, de l'Iraq, de la Jordanie, de la Syrie, de l'Arménie, Algérie
98	Inconnu	
99	Autre/Multiracial (préciser)	

Codes en vigueur à partir du 1er janvier 2001			Anciens codes	
Blanc/Caucasien	01	→	Blanc	01
Asiatique	02	→	Asiatique	02
Noir	03	→	Noir	03
Sous-continent indien	05	→	Indien de l'Inde	05
Îles du Pacifique	08	→	Philippin	08
Autochtone	09	→	Indiens de l'Amérique du Nord et Inuit	04 & 07
Moyen-Orient/Arabe	10			
Inconnu	98	→	Inconnu	98
Autre/Multiraciale	99	→	Autre	99

Date de naissance

- Inscrire la date de naissance du patient. Format : JJ-MMM-AAAA (p. ex. 08-avr-1958).
- Ce champ est obligatoire pour l'identification correcte du patient. La plupart des analyses se font selon l'âge du patient.

Numéro d'assurance maladie

- Inscrire le numéro du régime d'assurance maladie tel qu'indiqué sur la carte de santé du patient. Prière d'omettre les traits d'union, les espaces blancs, etc. et inclure le numéro de version, le cas échéant (p. ex. 123123123M).
- Le numéro de la carte santé aide à identifier le patient et à éviter les enregistrements des patients en double.
- Pour les résidents du Manitoba, veuillez utiliser le numéro personnel d'information sur la santé (NPIS).

Province émettrice de la carte

- Inscrire la province associée au numéro de la carte santé fournie par le patient.
- Valeurs acceptables :

Codes — Province émettrice de la carte	
AB	Alberta
BC	Colombie-Britannique
MB	Manitoba
NB	Nouveau-Brunswick
NL	Terre-Neuve-et-Labrador
NS	Nouvelle-Écosse
NT	Territoires du Nord-Ouest
NU	Nunavut
ON	Ontario
XX	Autre
PE	Île-du-Prince-Édouard
QC	Québec
SK	Saskatchewan
YT	Yukon
ZZ	Inconnue

Adresse du patient — ville

- Inscrire la ville de résidence habituelle du patient au moment de la transplantation. (Ne pas inclure une nouvelle résidence pour fins de traitement).
- Cette ville est utilisée pour fins de mappage de l'incidence.

Adresse du patient — province

- Inscrire la province de résidence habituelle du patient au moment de la transplantation.
- Cette information est utilisée pour fins de mappage de l'incidence.
- Valeurs acceptables : Voir tableaux des codes ci-dessus— Province émettrice de la carte.

Code postal du patient

- Inscrire le code postal de l'adresse du patient au moment de la transplantation.
- Format : M3C 2T9.
- Cette information est utilisée pour déterminer la résidence des patients lors de l'incidence.

Taille du receveur

- Inscrire la taille du patient en centimètres au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables : cm (facteur de conversion : 1 pouce = 2,54 cm; 0,39 pouce = 1 cm).

Poids du receveur

- Inscrire le poids du patient en kilogrammes au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables : kg (facteur de conversion : 1 livre = 0,45 kg; 2,21 livres = 1 kg).

Section B — Information sur la transplantation

Information sur la liste d'attente

Date à laquelle le patient a été mis pour la première fois sur la liste d'attente

- Inscrire la date à laquelle le patient a été mis sur la liste d'attente pour la première fois pour cette transplantation.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 12-JAN-2000).

Statut médical sur la liste d'attente

- Inscrire le code du statut médical du patient au moment où il a été mis sur la liste d'attente pour la première fois.
- Valeurs acceptables :

Codes — Statut médical	
08	Statut 1 (à domicile)
04	Statut 2 (hospitalisé)
13	Statut 3A (hospitalisé à l'USI ou inotropes ou âgé de moins de 6 mois)
14	Statut 3B (hospitalisé à l'USI ou inotropes ou âgé de moins de 6 mois avec détérioration rapide)
06	Statut 4 (USI — soutien mécanique/ventilatoire)
15	In utero

Date d'inscription sur la liste finale

- Inscrire la date d'Inscription sur la liste finale si elle diffère de la date d'inscription sur la liste initiale.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 12-JAN-2001).

Statut médical du receveur au moment de la transplantation

- Inscrire le code du statut médical du patient au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

Codes — Statut médical au moment de la transplantation	
08	Statut 1 (à domicile)
04	Statut 2 (hospitalisé)
13	Statut 3A (hospitalisé à l'USI ou inotropes ou âgé de moins de 6 mois)
14	Statut 3B (hospitalisé à l'USI ou inotropes ou âgé de moins de 6 mois avec détérioration rapide)
06	Statut 4 (USI-Soutien mécanique/ventilatoire)

Date de la transplantation

- Inscrire la date à laquelle cette transplantation a été effectuée.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 12-JUN-1995).

Indicateur de la transplantation du coeur

- Cocher la case s'il s'agit d'une transplantation du coeur uniquement, y exclu tout autre organe à ce moment. S'il s'agit d'une transplantation multiple, cocher la case de transplantation multiple.

Indicateur de transplantation multiple

- Indiquer si plus d'un organe a été transplanté au cours de cette chirurgie, en cochant la case de transplantation multiple.

Indiquer le ou les autres organes

- Inscrire le ou les autres organes transplantés au cours de cette intervention de transplantation multiple.

Diagnostic initial

- Inscrire le code tiré du tableau de codes des diagnostics qui représente la cause principale de l'insuffisance organique. Un seul code est permis.
- Si aucun des codes ne correspond au diagnostic relevé, alors inscrire le code 99 et décrire l'état.

- Valeurs acceptables :

Codes — Diagnostic initial — Coeur	
32	Cardiomyopathie
29	Cardiomyopathie dilatée
01	Idiopathique
30	Autre dilatée (préciser)
33	Cardiomyopathie métabolique/génétique
34	Cardiomyopathie associée à la dystrophie musculaire
35	Cardiomyopathie provoquée par des médicaments (chimiothérapie)
12	Cardiomyopathie restrictive
31	Cardiomyopathie hypertrophique
24	Myocardite
07	Maladie de l'artère coronaire (cardiomyopathie ischémique)
04	Maladie cardiaque valvulaire
23	Infarctus aigu du myocarde
15	Maladie cardiaque congénitale
36	Troubles métaboliques
37	Tumeur cardiaque
38	Arythmie réfractive
39	Dystrophie musculaire
98	Inconnu/aucune réponse
99	Autre — préciser

Indicateur de retransplantation

- Cocher cette case s'il s'agit d'une re-transplantation.
- Dans le cas d'une retransplantation, la base de données maintiendra le premier diagnostic principal constaté lors de la première transplantation. La raison de l'échec de la transplantation antérieure est enregistrée comme étant la cause de l'échec.

Statut de sérologie du receveur

Hépatite BsAg

- Indiquer si le patient présente des antigènes associés à l'hépatite B au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnue/aucune réponse

Hépatite BcAb

- Indiquer si le patient présente des anticorps d'hépatite B au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Hépatite C

- Indiquer si le patient présente des anticorps d'hépatite C au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Virus d'Epstein Barr

- Indiquer si le patient présente des anticorps du virus d'Epstein Barr au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

VIH

- Indiquer si le patient présente des antigènes VIH au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

CMV

- Indiquer si le patient présente des anticorps de cytomégalovirus au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Taux actuel d'anticorps cytotoxiques (AB)

- Inscrire le pourcentage du taux cytotoxique d'anticorps circulants (PRA) au moment de la transplantation.
- Échelle acceptable : 0-100 %

Taux maximal d'anticorps cytotoxiques (AB)

- Inscrire le pourcentage le plus élevé du taux cytotoxique d'anticorps circulants (PRA) mesuré chez ce patient.
- Échelle acceptable : 0-100 %

Résistance vasculaire pulmonaire (RVP) — Réactivité

- Indiquer si le patient est réactif ou non à la résistance vasculaire pulmonaire.
- Valeurs acceptables :
  0 = Non réactif
  1 = Réactif

Résistance vasculaire pulmonaire

- Indiquer la résistance pulmonaire de ce patient au moment de la transplantation.
- Mesuré en unités Woods.
- Valeurs acceptables :
  1 = <4 unités Woods
  2 = 4–6 unités Woods
  3 = >6 unités Woods
  8 = Non fait
  9 = Inconnu/aucune réponse

Résultats de l'épreuve standard de compatibilité croisée

- Indiquer si l'épreuve standard de comparabilité des lymphocytes T ou des lymphocytes circulants est positive ou négative à 22 ou 37 degrés Celsius.
- Valeurs acceptables :
  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Profil HLA du receveur

HLA = antigène lymphocyte humain (marqueurs antigéniques utilisés pour déterminer la compatibilité entre les donneurs et les receveurs dans certaines transplantations.

Receveur HLA A

- Inscrire les loci HLA A1 et A2 du patient.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible, veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes HLA A	
Codes	**Description**
0001	A1
0002	A2
0203	A203
0210	A210
0003	A3
0009	A9
0010	A10

Codes HLA A	
Codes	**Description**
0011	A11
0019	A19
0023	A23(9)
0024	A24(9)
2403	A2403
0025	A25(10)
0026	A26(10)
0028	A28
0029	A29(19)
0030	A30(19)
0031	A31(19)
0032	A32(19)
0033	A33(19)
0034	A34(10)
0036	A36
0043	A43
0066	A66(10)
0068	A68(28)
0069	A69(28)
0074	A74(19)
0080	A80
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur HLA B

- Inscrire les loci HLA B1 et B2 du patient.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible, veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes HLA B	
Codes	**Description**
0005	B5
0007	B7
0703	B703
0008	B8
0012	B12
0013	B13
0014	B14
0015	B15
0016	B16

Codes HLA B	
Codes	**Description**
0017	B17
0018	B18
0021	B21
0022	B22
0027	B27
2708	B2708
0035	B35
0037	B37
0038	B38(16)
0039	B39(16)
3901	B3901
3902	B3902
0040	B40
4005	B4005
0041	B41
0042	B42
0044	B44(12)
0045	B45(12)
0046	B46
0047	B47
0048	B48
0049	B49(21)
0050	B50(21)
0051	B51(5)
5102	B5102
5103	B5103
0052	B52(5)
0053	B53
0054	B54(22)
0055	B55(22)
0056	B56(22)
0057	B57(17)
0058	B58(17)
0059	B59
0060	B60(40)
0061	B61(40)
0062	B62(15)
0063	B63(15)
0064	B64(14)
0065	B65(14)
0067	B67
0070	B70
0071	B71(70)
0072	B72(70)
0073	B73
0075	B75(15)

Codes HLA B	
Codes	**Description**
0076	B76(15)
0077	B77(15)
0078	B78
0081	B81
0004	BW4
0006	BW6
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur HLA DR

- Inscrire les loci HLA DR1 et DR2 du patient.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible, veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro HLA le plus bas en premier, suivi du numéro le plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes HLA DR	
Codes	**Description**
0001	DR1
0103	DR103
0002	DR2
0003	DR3
0004	DR4
0005	DR5
0006	DR6
0007	DR7
0008	DR8
0009	DR9
0010	DR10
0011	DR11(5)
0012	DR12(5)
0013	DR13(6)
0014	DR14(6)
1403	DR1403
1404	DR1404
0015	DR15(2)
0016	DR16(2)
0017	DR17(3)
0018	DR18(3)
0051	DR51
0052	DR52
0053	DR53

Codes HLA DR	
Codes	**Description**
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur HLA DQ

- Inscrire les loci HLA DQ1 et DQ2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes si elle est disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes HLA DQ	
Codes	**Description**
0001	DQ1
0002	DQ2
0003	DQ3
0004	DQ4
0005	DQ5
0006	DQ6
0007	DQ7
0008	DQ8
0009	DQ9
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Numéro de la transplantation

- Inscrire le numéro séquentiel de transplantation du patient, par exemple, première, deuxième, troisième transplantation chez le patient.
- La plupart des analyses actuarielles de survie sont basées sur le numéro de la transplantation, par exemple, survie de la première transplantation du coeur.

Indicateur de transplantation hétérotopique

- Indiquer en cochant la case s'il s'agit d'une transplantation hétérotopique, c'est-à-dire que le coeur original est laissé en place et le coeur greffé est ajouté au circuit.

Facteurs de risque

Dysfonction rénale

- Indiquer si le patient souffrait d'une insuffisance rénale au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Dysfonction hépatique

- Indiquer si le patient souffrait d'une insuffisance hépatique au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Diabète de type 1

- Indiquer si le diabète de type 1 a été diagnostiqué chez ce patient au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

  Diabète de type 1 : Survient lorsque le pancréas produit très peu sinon aucune quantité d'insuline*. Cette maladie se développe généralement chez les enfants ou adolescents, et touche près de 10 % des diabétiques (Association canadienne du diabète).*

Diabète de type 2

- Indiquer si le diabète de type 2 a été diagnostiqué chez le patient au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

  Diabète de type 2 : Survient lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline pour répondre aux besoins du corps ou lorsque l'insuline est mal métabolisée. Elle se manifeste généralement à un âge avancé et touche près de 90 % des diabétiques (Association canadienne du diabète).

Hypertension

- Indiquer si le patient prenait des médicaments anticalciques, des vasodilatateurs, des agents béta-bloquants, des diurétiques, un inibiteur de l'enzyme de conversion (tel que Captopril, Enalapril) contre l'hypertension au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Fumeur

- Indiquer si le patient fumait au moment de la transplantation (p. ex. personne qui a fumé des cigarettes, des cigares ou la pipe durant les derniers trois mois).
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Hypercholesterolémie

- Indiquer si le patient présentait une hypercholesterolémie au moment de la transplantation.
- Une hypercholesterolémie est une élévation de la teneur en cholestérol du sang.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Support inotrope

- Indiquer si le patient recevait des inotropes au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Chirurgie cardiaque antérieure

- Indiquer si le patient a subi une chirurgie thoracique avant la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Défibrillateur interne

- Indique si le patient avait un défibrillateur ou stimulateur cardiaque interne avant cette transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Aux anticoagulants

- Indiquer si le patient suivait une anticoagulothérapie (par exemple Coumadin, Heparin) au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Ventilation mécanique

- Indiquer si le patient était ventilé mécaniquement (sur un respirateur) au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Type d'appareils de circulation extracorporelle

Indiquer le(s) type(s) d'appareils de circulation extracorporelle utilisé(s) par le patient, si tel est le cas.

Ballon intra-aortique

- Indiquer si le patient recevait une assistance circulatoire sous forme de ballon intra-aortique avant la transplantation. Le ballon intra-aortique est un appareil mécanique qui sert à réduire la charge du coeur et à améliorer le débit sanguin vers les artères coronariennes.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Oxygénation extracorporelle

- Indiquer si le patient recevait une oxygénation artificielle avant la transplantation. Ce dispositif est une forme d'assistance artificielle de l'organe des enfants souffrants d'une insuffisance cardiaque ou pulmonaire temporaire réversible. Un cathéter est placé dans les grands vaisseaux sanguins afin de purger le sang du corps, l'oxygéner, le réchauffer d'une manière simultanée et le réintroduire dans le coeur à travers un autre cathéter.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Dispositif d'assistance ventriculaire

- Indiquer si le patient était sous dispositif d'assistance ventriculaire avant la transplantation. Cette méthode est destinée aux patients qui présentent une défaillance d'un seul ventricule sans anomalie pulmonaire.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Coeur artificiel

- Indiquer si le patient était sous assistance circulatoire totale (coeur artificiel) avant la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Période total d'ischémie

- Enregistrer en minutes la durée du clampage total de l'aorte ascendante. Ne pas inclure la durée du clampage partiel utilisé pour coudre les anastomoses auxiliaires. Inscrire 0 pour la perfusion in situ.

Section C — Information sur le donneur

L'information sur le nom de famille abrégé, le type du donneur, âge et le sexe du donneur sert à lier les renseignements sur le receveur et du donneur selon l'organisation de don des organes qui fournit le profil complet du donneur. Seuls ces champs doivent être remplis dans les formulaires de transplantation destines aux donneurs locaux puisqu'une information complète est disponible sur les formulaires du profil des donneur.

Type de donneur

- Inscrire le code représentant le type de donneur pour cette transplantation.
- Valeurs acceptables :

Codes — Type de donneur	
01	Cadavérique
12	Donneur domino

Programme organisant le prélèvement d'organes

- Inscrire le nom de l'organisme chargé de l'organisation du prélèvement des organes du donneur, (c'est-à-dire d'où vient le donneur).
- Pour les donneurs provenant de l'extérieur du pays, le nom du pays est suffisant, p. ex. États-Unis.
- Le nom du programme est converti en un code numérique par le personnel du RCITO.

Numéro d'identification du donneur attribué par le programme de prélèvement

- Inscrire le numéro d'identification local de ce donneur par programme de prélèvement d'organes. Ce numéro est utilisé lors de la liaison de l'information sur le bénéficiaire avec celle du profil du donneur, et également lors d'une demande de clarification d'informations auprès du centre local (p. ex. si l'organe utilisé vient d'une autre province, le numéro d'identification original attribué par le programme de prélèvement **doit** être utilisé).

Nom de famille abrégé

- Inscrire les trois premières lettres du nom de famille du donneur. Les questions de confidentialité qui pourraient résulter de l'utilisation du nom complet sont ainsi évitées.
- Grâce au nom de famille abrégé, l'enregistrement de ce receveurs peut être lié correctement avec celui du profil du donneur, particulièrement lorsque ce dernier provient de l'extérieur de la province.

Âge du donneur

- Inscrire l'âge du donneur.
- Échelle acceptable :

  Âge en **Années** pour les patients âgés de deux ans ou plus (002 à 130)
  Âge en **Mois** pour les patients âgés de moins de 24 mois (001 à 023)
  Âge en **Jours** pour les patients âgés de moins de 30 jours (001 à 030)
  Nouveaux-nés = 000

Sexe du donneur

- Inscrire le sexe du donneur.
- Valeurs acceptables :

  H = Homme
  F = Femme
  A = Autre (transsexuel, hermaphrodite)

Profil HLA du donneur

HLA = antigène HLA, utilisé pour déterminer la comptabilité entre les donneurs et les receveurs dans certaines transplantations. Veuillez inscrire l'information pour les marqueurs suivants :

Profil HLA A du donneur

- Inscrire les loci HLA A1 et A2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir codes ci-dessus — Receveur HLA A.

Profil HLA B du donneur

- Inscrire les loci HLA B1 et B2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir codes ci-dessus — Receveur HLA B.

Profil HLA DR du donneur

- Inscrire les loci HLA DR1 et DR2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir codes ci-dessus — Receveur HLA DR.

Profil HLA DQ du donneur

- Inscrire les loci HLA DQ1 et DQ2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir codes ci-dessus — Receveur HLA DQ.

Section D — Résultats chez les receveurs

Cette section recueille l'information sur le suivi du receveur, qui peut être disponible au même moment où la transplantation est enregistrée.

Les mises à jour sur le statut du patient relativement aux échecs de transplantations, aux décès et aux transferts des patients, seront recueillies annuellement, ou à intervalles durant l'année, en utilisant des listes informatiques sur lesquelles les mises à jour peuvent être enregistrées.

Un centre peut également fournir des imprimés informatiques des échecs et des décès avec les causes y associées, de même que l'information sur les transferts des patients. Ces imprimés peuvent être remis au bureau du RCITO à intervalles déterminés, en utilisant les spécifications de données du RCITO.

Hôpital de suivi

- Inscrire le nom de l'autre hôpital où le patient receveur est suivi, le cas échéant.
- Fournir la date associée au transfert (Date de l'intervention).
- Cette procédure permet au personnel du RCITO d'envoyer toute demande ultérieure de renseignements sur le patient en question à l'hôpital de suivi afin que le patient soit suivi au cours de son traitement.

Statut du patient

- Indiquer si le patient est vivant, décédé ou on est sans nouvelles de lui.
- Fournir la date associée au statut indiqué (vivant en date du, etc.).
- Format: JJ-MMM-AAAA

Si le receveur est décédé

Cause du décès

- Indiquer si ce patient est décédé et inscrire le code de la cause du décès. (p. ex. code 31 pour pneumonie bactérienne).
- Veuillez inscrire quatre causes de décès s'il s'agit d'une transplantation cardiaque.

- Valeurs acceptables :

Codes — Causes de décès	
Génériques	
98	Inconnue/aucune réponse
00	Cause du décès incertaine ou indéterminée
Maladies cardiaques	
11	Ischémie myocardique ou infarctus
12	Hyperkaliémie
13	Pécardite hémorragique
14	Autres causes d'insuffisance cardiaque
15	Arrêt cardiaque de cause inconnue
16	Cardiopathie hypertensive décompensée
17	Hypokaliémie
18	Surcharge volémique
Maladies vasculaires	
21	Embolie pulmonaire
22	Accident cérébro-vasculaire
24	Hémorragie au niveau du greffon — préciser
25	Hémorragie à partir d'un accès vasculaire ou du circuit de dialyse
26	Rupture d'anévrisme vasculaire (autre que codes 22-23)
27	Hémorragie d'origine chirurgicale (autre que codes 23-26) — préciser
28	Autre hémorragie (autre que codes 23-27) — préciser
55	Thrombose vasculaire
56	Sténose de la veine pulmonaire
57	Complication liée à l'extenseur/ballonnet de distension
Infections	
03	Infection bactérienne — préciser le siège
04	Infection virale — préciser le siège
05	Infection fongique — préciser le siège
06	Cytomégalovirus
07	Virus d'Epstein Barr
08	Pneumonie à Pneumocystis carinii (PCP)
09	Protozoose/Infection parasitaire (y compris toxoplasmose)
10	Infection de la plaie — préciser le siège
34	Infections ailleurs (sauf hépatite virale, voir 41–42)
35	Septicémie — préciser la source
36	Tuberculose (poumon)
37	Tuberculose (ailleurs)
38	Infection virale généralisée — préciser l'agent viral
39	Péritonite (pas le code 70)
Maladies rénales	
47	Néphropathie aiguë (patients non atteints d'insuffisance rénale)
48	Néphropathie chronique (patients non atteints d'insuffisance rénale)
61	Urémie due à l'échec de la transplantation rénale

Codes — Causes de décès	
Maladies hépatiques	
41	Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite B
42	Foie, atteinte hépatique causée par une autre hépatite virale
43	Foie, toxicité médicamenteuse — préciser le médicament
44	Cirrhose, d'origine non virale
45	Maladie kystique du foie
46	Insuffisance hépatique, cause inconnue
74	Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite C
Maladies gastro-intestinales	
02	Tumeur gastro-intestinale avec ou sans perforation
20	Gastro-entérite aiguë avec déshydratation
23	Hémorragie gastro-intestinale
29	Infarctus mésentérique
62	Pancréatite
68	Perforation d'ulcère gastro-duodénal
70	Sclérose péritonéale
72	Perforation colique
Sociales	
50	Abus des médicaments (exclut l'abus d'alcool)
51	Patient refusant de poursuivre le traitement
52	Suicide
53	Traitement cessé pour une autre raison
54	Abus d'alcool
Accidents	
81	Accident en rapport avec le traitement
82	Accident sans rapport avec le traitement
Divers	
30	Hypertension
40	Acidocétose diabétique
64	Cachexie
66	Néoplasie probablement induite par traitement immunosuppresseur préciser le siège
67	Néoplasie sauf celle figurant au code 66 — préciser le siège
69	Démence
90	Insuffisance de plusieurs organes
99	Autre cause de décès identifiée — préciser
Maladies respiratoires	
19	Insuffisance respiratoire aiguë
31	Infection pulmonaire (bactérienne)
32	Infection pulmonaire (virale)
33	Infection pulmonaire (fongique)
49	Bronchiolite oblitérante
Maladies métaboliques	
59	Toxicité due à la drogue — préciser la drogue

Codes — Causes de décès	
Maladies hématologiques	
63	Hypoplasie médullaire
71	Thrombopénie
73	Thrombose — préciser
Maladies neurologiques	
75	Neurotoxicité médicamenteuse — préciser le médicament
76	État de mal épileptique
77	Infection neurologique — préciser l'agent infectieux

Décès à cause de l'échec de la transplantation

- Indiquer si le décès de ce patient peut être attribué à l'échec de la transplantation (p. ex. rejet) et remplir les champs de la date et de la cause de l'échec de la transplantation et inscrire le code correspondant à la cause de décès.

Date de l'échec de la transplantation

- Inscrire la date à laquelle l'organe transplanté a cessé de fonctionner d'une manière adéquate.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 26-JAN-1996).
- La date de l'échec doit être égale ou supérieure à celle de la transplantation.

Cause de l'échec de la transplantation

- Vérifier le code représentant la cause de l'échec de la transplantation (p. ex. code 64 pour rejet chronique).
- Valeurs acceptables :

Codes — Causes de l'échec de la transplantation	
00	Incertain/Inconnu
01	Rejet hyperaigu
63	Rejet aigu
64	Rejet chronique
66	Rejet consécutif à la non-compliance
30	Rejet après l'arrêt de tout traitement immunosuppresseur
67	Récidive de la maladie initiale
68	Combinaison de rejet et d'infection
69	Infection du greffon
11	Non-fonction primaire
23	Thrombose du greffon
28	Complications chirurgicales
25	Hypertension primaire
19	Maladie coronarienne
71	Perturbation électrolytique (préciser)
72	Péricardite
73	Épanchement péricardique
70	Hypertension générale
99	Autre cause de l'échec da la transplantation (préciser)

4. Inscription des receveurs de transplantations rénales

Section A — Information sur le receveur

Nom et ville de l'hôpital où la transplantation a été effectuée

- Inscrire le nom et la ville de l'hôpital où la transplantation a été effectuée. La ville est requise pour différencier les hôpitaux du même nom dans différentes villes.
- Cette information est convertie en un code à 5 chiffres par l'ICIS. Si vous connaissez le code de l'ICIS attribué à votre hôpital, vous pouvez l'inscrire sur le formulaire au lieu du nom et de la ville de l'hôpital.

Nom du patient

- Inscrire le nom ou le nom de famille/dernier nom utilisé par le patient. Inscrire sans titre.
- Un trait d'union simple (p. ex. DANIS-LAVOIE), une apostrophe (p. ex. O'NEIL) ou un espace blanc (p. ex. DE COTRET) peuvent être inscrits.

Prénom et second prénom du patient

- Inscrire le prénom du patient ou le nom de baptême, ainsi que le second prénom, le cas échéant, utilisé par le patient.
- Si le patient est souvent appelé par un sobriquet, indiquer le entre parenthèses (p. ex. William (BILL) Côté.

Nom antérieur du patient

- Inscrire le nom de jeune fille (avant le mariage) ou le nom de tout patient qui a changé son nom (p. ex. Elizabeth Roy était avant Elizabeth Bélanger donc le nom Bélanger serait enregistré).

Sexe

- Inscrire le sexe biologique du patient.
- Valeurs acceptables :

  H = Homme
  F = Femme
  A = Autre (transsexuel, hermaphrodite)

Groupe sanguin

- Inscrire le groupe sanguin du patient.
- Valeurs acceptables :

  A
  B
  O
  AB
  I (Inconnu/aucune réponse)

Origine raciale

- Inscrire le code représentant la race du patient.
- Valeurs acceptables :

Codes — Origine raciale		
Code	**Description**	
01	Blanc/Caucasien	p. ex. Canadien français et les autres peuples d'ascendance européenne, australienne ou russe
02	Asiatique	p. ex. Chinois, Japonais, Vietnamien, Coréen, Taiwanais
03	Noir	p. ex. Africain, des Caraïbes, Sud-Américain, Cubain
05	Sous-continent indien	p. ex. peuples de l'Inde, du Pakistan et du Bangladesh
08	Îles du Pacifique	p. ex. Philippin
09	Autochtone	p. ex. Indien d'Amérique du Nord, Métis, Inuit
10	Moyen-Orient/Arabe	p. ex. peuples de l'Arabie saoudite, de l'Iran, de l'Iraq, de la Jordanie, de la Syrie, de l'Arménie, Algérie.
98	Inconnu	
99	Autre/Multiraciale	

Codes en vigueur à partir du 1er janvier 2001			Anciens codes	
Blanc/Caucasien	01	→	Blanc	01
Asiatique	02	→	Asiatique	02
Noir	03	→	Noir	03
Sous-continent indien	05	→	Indien de l'Inde	05
Îles du Pacifique	08	→	Philippin	08
Autochtone	09	→	Indiens de l'Amérique du Nord et Inuit	04 & 07
Moyen-Orient/Arabe	10			
Inconnu	98	→	Inconnu	98
Autre/Multiraciale	99	→	Autre	99

Date de naissance

- Inscrire la date de naissance du patient. Format : JJ-MMM-AAAA (p. ex. 08-APR-1958).
- Ce champ est obligatoire pour l'identification correcte du patient.
- La majorité des analyses se font selon l'âge du patient.

Numéro d'assurance maladie

- Inscrire le numéro d'assurance maladie indiqué sur la carte santé du patient. Omettre les traits d'union, les espaces blancs et inclure le numéro de version, le cas échéant. (p. ex. 123123123M).
- Le numéro de carte santé aide à identifier le patient et à éviter les enregistrements des patients en double.
- Pour les résidents du Manitoba, veuillez utiliser le numéro personnel d'information sur la santé (NPIS).

Province émettrice de la carte

- Inscrire la province associée au numéro de la carte santé fournie.
- Valeurs acceptables :

Codes — Province émettrice de la carte	
Code	**Province**
AB	Alberta
BC	Colombie-Britannique
MB	Manitoba
NB	Nouveau-Brunswick
NL	Terre-Neuve-et-Labrador
NS	Nouvelle-Écosse
NT	Territoires du Nord-Ouest
NU	Nunavut
ON	Ontario
PE	Île-du-Prince-Édouard
QC	Québec
SK	Saskatchewan
YT	Yukon
XX	Autre
ZZ	Inconnue

Adresse du patient — ville

- Inscrire la ville de résidence habituelle du patient au moment de la transplantation. (Ne pas inclure une nouvelle résidence aux fins de traitement).
- La ville est utilisée pour déterminer le lieu des patients lors du traitement.

Adresse du patient — province

- Inscrire la province de résidence habituelle au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Province émettrice de la carte.

Code postal du patient

- Inscrire le code postal de l'adresse du patient au moment de la transplantation.
- Format : M3C 2T9.
- Cette information est utilisée pour déterminer la résidence du patient lors de l'incidence.

Section B — Information sur la transplantation

Date à laquelle le patient a été mis pour la première fois sur la liste d'attente

- Inscrire la date à laquelle le patient a été mis sur la liste d'attente pour la première fois pour cette transplantation.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 12-JAN-2000).

Date de la transplantation

- Inscrire la date à laquelle cette transplantation a été effectuée.
- Format : JJ-MMM-AAAA (p. ex.12-JUN-1995).

Numéro de la transplantation

- Inscrire le numéro séquentiel de transplantation de ce patient (p. ex. une, deux ou trois etc. transplantations rénales subies par ce patient).
- La plupart des analyses actuarielles de survie sont basées sur le numéro de la transplantation, par exemple, survie de la transplantation, survie des premières transplantations rénales cadavériques.

Indicateur de transplantation rénale seulement

- Cocher cette case si le receveur reçoit une seule transplantation rénale et aucun autre organe à ce moment. S'il s'agit d'une transplantation multiple, cocher la case transplantation multiple.

Indicateur de transplantation rénale double/en bloc

- Indiquer, en cochant la case double transplantation rénale (en bloc) s'il s'agit d'une transplantation multiple.

Indicateur de transplantation multiple

- Indiquer si plus d'un organe a été transplanté durant l'intervention.

Indiquer le ou les autres organes

- Inscrire le ou les organes transplantés au cours de cette opération de transplantation multiple.

Statut sérologique du receveur

Hépatite BsAg

- Indiquer si le patient présente des antigènes associés à l'hépatite B au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Hépatite BcAb

- Indiquer si le résultat était positif lorsque le patient a été testé pour des anticorps d'hépatite B au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Hépatite C

- Indiquer si le patient présente des anticorps d'hépatite C au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Virus d'Epstein Barr

- Indiquer si le patient présente des anticorps du virus Epstein Barr au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

VIH

- Indiquer si le patient présente des antigènes VIH au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

CMV

- Indiquer si le patient présente des anticorps de cytomégalovirus au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Taux actuel d'anticorps cytotoxiques (AB)

- Inscrire le pourcentage du taux cytotoxique d'anticorps circulants (PRA) au moment de la transplantation.
- Échelle acceptable : 0-100 %.

Taux d'anticorps maximal (AB)

- Inscrire le pourcentage le plus élevé du taux cytotoxique d'anticorps circulants (PRA) mesuré chez ce patient.
- Échelle acceptable : 0-100 %.

Profil du receveur HLA

HLA = antigène HLA (marqueurs antigéniques utilisés pour déterminer la comptabilité entre les donneurs et les receveurs pour certaines greffes. inscrire l'information pour les marqueurs suivants :

Receveur HLA A

- Inscrire les loci HLA A1 et A2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes HLA A	
Codes	**Description**
0001	A1
0002	A2
0203	A203
0210	A210
0003	A3
0009	A9
0010	A10
0011	A11
0019	A19
0023	A23(9)
0024	A24(9)
2403	A2403
0025	A25(10)
0026	A26(10)
0028	A28
0029	A29(19)
0030	A30(19)
0031	A31(19)
0032	A32(19)
0033	A33(19)
0034	A34(10)

Codes HLA A	
0036	A36
0043	A43
0066	A66(10)
0068	A68(28)
0069	A69(28)
0074	A74(19)
0080	A80
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur HLA B

- Inscrire les loci HLA B1 et B2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes HLA B	
Codes	**Description**
0005	B5
0007	B7
0703	B703
0008	B8
0012	B12
0013	B13
0014	B14
0015	B15
0016	B16
0017	B17
0018	B18
0021	B21
0022	B22
0027	B27
2708	B2708
0035	B35
0037	B37
0038	B38(16)
0039	B39(16)
3901	B3901
3902	B3902
0040	B40
4005	B4005
0041	B41
0042	B42

Codes HLA B	
Codes	**Description**
0044	B44(12)
0045	B45(12)
0046	B46
0047	B47
0048	B48
0049	B49(21)
0050	B50(21)
0051	B51(5)
5102	B5102
5103	B5103
0052	B52(5)
0053	B53
0054	B54(22)
0055	B55(22)
0056	B56(22)
0057	B57(17)
0058	B58(17)
0059	B59
0060	B60(40)
0061	B61(40)
0062	B62(15)
0063	B63(15)
0064	B64(14)
0065	B65(14)
0067	B67
0070	B70
0071	B71(70)
0072	B72(70)
0073	B73
0075	B75(15)
0076	B76(15)
0077	B77(15)
0078	B78
0081	B81
0004	BW4
0006	BW6
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur du HLA DR

- Inscrire les loci HLA DR1 et DR2 du patient
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes — HLA DR Codes	
Codes	**Description**
0001	DR1
0103	DR103
0002	DR2
0003	DR3
0004	DR4
0005	DR5
0006	DR6
0007	DR7
0008	DR8
0009	DR9
0010	DR10
0011	DR11(5)
0012	DR12(5)
0013	DR13(6)
0014	DR14(6)
1403	DR1403
1404	DR1404
0015	DR15(2)
0016	DR16(2)
0017	DR17(3)
0018	DR18(3)
0051	DR51
0052	DR52
0053	DR53
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur du HLA DQ

- Inscrire les loci HLA DQ1 et DQ2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes HLA DQ	
Codes	**Description**
0001	DQ1
0002	DQ2
0003	DQ3
0004	DQ4
0005	DQ5
0006	DQ6
0007	DQ7
0008	DQ8
0009	DQ9
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Diagnostic initial

- Inscrire le code tiré du tableau de codes des diagnostics qui représente la cause majeure d'insuffisance organique. Un seul code est permis.
- S'il n'y a pas de code de diagnostic qui représente la cause principale de l'insuffisance organique, inscrire le code 99 et décrire l'état du patient.
- Valeurs acceptables :

Codes — Diagnostic initial — Rein	
Général	
98	Inconnu/aucune réponse
00	Insuffisance rénale chronique, d'étiologie inconnue
Glomérulonéphrites/Maladies auto-immunes	
05	Glomérulonéphrite mésangiale prolifération
06	Syndrome néphrotique à lésions glomérulaires minimes
07	Glomérulonéphrite post-strep
08	Glomérulonéphrite rapidement progressive
09	Glomérulonéphrite focale — adulte
10	Glomérulonéphrite, SANS diagnostic histologique
11	Syndrome néphrotique sévère avec sclérose focale (jeunes patients uniquement)
12	Néphropathies à dépôts d'IgA (diagnostic prouvé par immunofluorescence, autre que code 85)
13	Glomérulonéphrite à dépôts denses (prouvée par immunofluorescence ou microscope électronique (GNMP Type II))

Codes — Diagnostic initial — Rein	
14	Néphropathie membraneuse
15	Glomérulonéphrite mésangio-capillaire mebrano-prolifférative (GNMP Type I)
16	Glomérulonéphrite proliférative diffuse avec croissants-idiopathiques
17	Néphrose congénitale ou syndrome néphrotique congénital (jeunes patients seulement)
19	Glomérulonéphrite avec diagnostic histologique — préciser
73	Néphropathie d'origine vasculaire due à une artérite diffuse
74	Granulomatose de Wegener
84	Lupus érythémateux
85	Purpura Henoch-Schonlein
86	Syndrome de Goodpasture
87	Sclérodermie
88	Syndrome hémolytique et urémique
Néphropathies dues à un médicament	
30	Néphropathie due à des médicaments ou à des agents néphrotoxiques — cause non précisée
31	Néphropathie due à des médicaments analgésiques
32	Néphropathie due aux cis-platinum
33	Néphropathie due aux Cyclosporine A
39	Néphropathie due à un médicament spécifique — préciser _____
Polykystoses rénales	
41	Polykystose rénale de l'adulte (dominant)
42	Polykystose rénale du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent (récessive)
Maladies rénales congénitales/héréditaires	
21	Pyélonéphrite ou néphropathie associée à une vessie neurologène
22	Pyélonéphrite ou néphropathie associée à une uropathie obstructive d'origine congénitale avec ou sans reflux vésico-urétéral
24	Pyélonéphrite ou néphropathie interstitielle due à un reflux vésico-urétéral sans obstruction
40	Reins kystiques — non spécifié
41	Polykystose rénale de l'adulte (dominant)
42	Polykystose rénale du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent
43	Maladie kystique de la médullaire (néphronophtise incluse)
49	Reins kystiques, autre variété — préciser
50	Néphropathie héréditaire/familiale — type non précisé
51	Néphropathie héréditaire avec surdité (syndrome d'Alport)
52	Cystinose
53	Oxalose primaire
54	Maladie de Fabry
55	Syndrome de DRASH
58	Valves urétrales postérieures
59	Néphropathie héréditaire, autre — préciser

Codes — Diagnostic initial — Rein	
60	Hypoplasie rénale congénitale— préciser
61	Hypoplasie rénale avec oligoméganéphronie
62	Hypoplasie rénale segmentaire (rein d'Ask-Upmark)
63	Dysplasie rénale congénitale avec ou sans malformation des voies urinaires
66	Syndrome d'agénésie des muscles abdominaux (Prune Belly Syndrome)
Diabètes	
80	Néphropathie diabétique (type 1)
81	Néphropathie diabétique (type 2)
Maladies vasculaires rénales	
70	Néphropathie d'origine vasculaire — type non spécifié
71	Néphropathie d'origine vasculaire due à une hypertension maligne (ABSENCE de néphropathie primaire)
72	Néphropathie d'origine vasculaire due à une hypertension (ABSENCE de néphropathie primaire)
73	Périartérite noueuse
78	Maladie rénale athéroembolique
79	Maladie vasculaire rénale — origine connue
Autres	
20	Pyélonéphrite ou néphropathie interstitielle — cause non précisée
23	Pyélonéphrite ou néphropatie interstitielle due à une uropathie obstructive acquise — préciser
25	Pyélonéphrite ou néphropathie interstitielle due à une lithiase des voies urinaires
29	Pyélonéphrite, autre cause
56	Néphropathie secondaire à l'anémie falciforme
57	Tumeur de Wilms
82	Myélome multiple
83	Amyloidose
89	Maladie de système, autre — préciser
90	Nécrose corticale ou tubulaire
91	Tuberculose
92	Goutte
93	Néphrocalcinose ou néphropathie due à une hypercalcémie
94	Néphropathie endémique des Balkans
95	Tumeur rénale
96	Perte de rein d'origine traumatique ou chirurgicale
97	Néphropathie due au VIH
99	Autre désordre rénal identifié — préciser

Indicateur de retransplantation

- Cocher cette case s'il s'agit d'une retransplantation.
- Dans le cas d'une retransplantation, la base de données maintient le diagnostic principal de ce patient comme celui enregistré pour la première transplantation. La raison de l'échec de la transplantation antérieure est enregistrée comme étant la cause de l'échec.

Diagnostic au moment de la première transplantation

- Inscrire le code tiré de la table de codes de diagnostics qui représente la cause du diagnostic au moment de la première transplantation rénale. Un seul code est permis.
- S'il n'y a pas de code de diagnostic qui représente la cause principale de l'insuffisance organique, inscrire le code 99 et décrire l'état du patient.
- Valeurs acceptables : Voir les codes du tableau « Diagnostic principal rénal » ci-dessus.

Donneur d'organe

- Indiquer s'il s'agit du rein droit ou gauche.
- Non applicable, s'il s'agit d'une transplantation rénale double.

Néphrectomie par laparoscopie

- Indiquer si une néphrectomie par laparoscopie a été utilisée : une intervention très peu invasive destinée à récupérer le rein du donneur pour sa transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu

Taille du receveur

- Inscrire la taille actuelle du patient en centimètres au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables : cm (facteur de conversion : 1 pouce = 2,54 cm; 0,39 pouce = 1 cm).

Poids du receveur

- Inscrire le poids du patient en kilogrammes au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables : kg (facteur de conversion : 1 livre = 0,45kg; 2,21 livres = 1 kg).

Indicateur de dialyse avant la transplantation

- Indiquer si le patient recevait des traitements de dialyse avant la transplantation rénale. Cela indique au personnel du RCITO que la transplantation n'est PAS leur premier traitement.
- La réponse sera Non si cette transplantation est préventive (avant toute dialyse). Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu

Fonctionnement retardé de la greffe

- Indiquer si le fonctionnement de la greffe était retardé (aucune baisse spontanée dans la créatinine pendant 48 heures).
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Traitement de dialyse durant la première semaine de la transplantation

- Inscrire si le patient avait reçu un traitement de dialyse durant la première semaine de transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Facteur de risques — Rein

Angine

- Indiquer si le patient souffrait d'angine au moment de la transplantation.
- L'angine est une douleur cardiaque ischémique, au repos ou à l'effort, qui nécessite un traitement médical avec des médicaments antiangineux tels que les nitrates, les inhibiteurs calciques (Nifédipine, Diltiazem).
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Maladie vasculaire périphérique

- Indiquer si ce patient présentait une claudication intermittente au repos ou à l'effort; ou a eu un pontage aortique-fémoral ou une amputation des orteils, des jambes inférieures, etc., avant cette transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Malignité

- Indiquer si ce patient avait une tumeur maligne avant de recevoir cette transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Infarctus du myocarde antérieur

- Indiquer si ce patient avait eu un infarctus du myocarde confirmé par un ECG, des enzymes cardiaques, une échocardiographie, une scintigraphie au thallium, avant de recevoir cette transplantation rénale.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Oedème pulmonaire

- Indiquer si ce patient présentait des antécédents d'oedème pulmonaire avant cette transplantation.
- L'oedème pulmonaire est un épisode d'essoufflement sévère qui nécessite un traitement avec des diurétiques tels que le furosémide (Lasix) ou une dialyse d'urgence, ou le patient peut avoir été décrit comme ayant une insuffisance cardiaque congestive ou une surcharge liquidienne sévère.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)

- Indiquer si ce patient avait une affection poitrinaire chronique importante qui nécessite la surveillance d'un médecin, avant de recevoir cette transplantation.
- Ceci sera généralement décrit comme une broncho-pneumopathie chronique obstructive, bronchite chronique ou emphysème. Le patient peut recevoir des bronchodilatateurs oraux (p. ex. Choledyl) ou des médicaments administrés par inhalation (p. ex. Ventolin).
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Diabète de type 1

- Indiquer si le diabète de type 1 a été diagnostiqué chez ce patient avant la transplantation. Le diabète du type 1 se développe habituellement dans l'enfance ou dans l'adolescence.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

  Diabète de type 1 : Survient lorsque le pancréas produit très peu sinon aucune quantité d'insuline*. Cette maladie se développe généralement chez les enfants ou adolescents, et touche près de 10 % des diabétiques (Association canadienne du diabète).*

Diabète de type 2

- Indiquer si le diabète de type 2 a été diagnostiqué chez le patient avant la transplantation. Le diabète du type 2 se développe habituellement plus tard.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

  Diabète de type 2 : Survient lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline pour répondre aux besoins du corps ou lorsque l'insuline est mal métabolisée. Elle se manifeste généralement à un âge avancé et touche près de 90 % des diabétiques (Association canadienne du diabète).

Hypertension

- Indiquer si le patient prenait des médicaments anticalciques, des vasodilatateurs, des agents bêtabloquants, des diurétiques, un inhibiteur de l'enzyme de conversion (tel que Captopril, Enalapril) contre l'hypertension au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Maladie cérébrovasculaire

- Indiquer si le patient a eu un accident cérébrovasculaire tel qu'un accident ischémique transitoire, un infarctus cérébral, une hémorragie cérébrale, un ictus ou un ACV, avant la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Période d'ischémie froide

- Inscrire en minutes la période d'ischémie froide à partir du début du refroidissement (y inclus le refroidissement in situ) à l'enlèvement de l'organe du stockage frigorifique).
- Échelle acceptable : Rein : 0-1080 minutes.

Section C — Information sur le donneur

L'information sur le nom de famille abrégé, le type du donneur, âge et le sexe du donneur sert à lier les renseignements sur le receveur et du donneur selon l'organisation de don des organes qui fournit le profil complet du donneur. Seuls ces champs doivent être remplis dans les formulaires de transplantation destines aux donneurs locaux puisqu'une information complète est disponible sur les formulaires du profil des donneur.

Dans le cas d'une transplantation de donneur vivant apparenté, veuillez cocher la case donneur vivant et compléter un profil de donneur vivant. Ce formulaire devrait être attaché au formulaire du receveur de transplantation avant d'être envoyé au RCITO.

Type de donneur

- Inscrire le code représentant le type de donneur pour cette transplantation.
- Valeurs acceptables :

Codes — Type de donneur	
01	Cadavérique
12	Donneur domino

Programme organisant le prélèvement d'organes

- Inscrire le nom de l'organisme chargé de l'organisation du prélèvement des organes du donneur, (c'est-à-dire d'où vient le donneur).
- Pour les donneurs provenant de l'extérieur du pays, le nom du pays est suffisant, p. ex. États-Unis.
- Le nom du programme est converti en un code numérique par le personnel du RCITO.

Numéro d'identification du donneur attribué par le programme de prélèvement

- Inscrire le numéro d'identification local de ce donneur par programme de prélèvement d'organes. Ce numéro est utilisé lors de la liaison de l'information sur le bénéficiaire avec celle du profil du donneur, et également lors d'une demande de clarification d'informations auprès du centre local (p. ex. si l'organe utilisé vient d'une autre province, le numéro d'identification original attribué par le programme de prélèvement **doit** être utilisé).

Nom de famille abrégé

- Inscrire les trois premières lettres du nom de famille du donneur. Les questions de confidentialité qui pourraient résulter de l'utilisation du nom complet sont ainsi évitées.
- Grâce au nom de famille abrégé, l'enregistrement de ce receveurs peut être lié correctement avec celui du profil du donneur, particulièrement lorsque ce dernier provient de l'extérieur de la province.

Âge du donneur

- Inscrire l'âge du donneur.
- Échelle acceptable :

  Âge en **Années** pour les patients âgés de deux ans ou plus (002 à 130)
  Âge en **Mois** pour les patients âgés de moins de 24 mois (001 à 023)
  Âge en **Jours** pour les patients âgés de moins de 30 jours (001 à 030)
  Nouveaux-nés = 000

Sexe du donneur

- Inscrire le sexe du donneur.
- Valeurs acceptables :

  H = Homme
  F = Femme
  A = Autre (transsexuel, hermaphrodite)

Profil HLA du donneur

HLA = antigène HLA, utilisé pour déterminer la comptabilité entre les donneurs et les receveurs dans certaines transplantations. Veuillez inscrire l'information pour les marqueurs suivants :

Profil HLA A du donneur

- Inscrire les loci des HLA A1 et A2 du donneur.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Receveur HLA A.

Profil HLA B du donneur

- Inscrire les locis HLA B1 et B2 du donneur.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Receveur HLA B.

Profil HLA DR du donneur

- Inscrire les loci HLA DR1 et DR2 du donneur.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Receveur HLA DR.

Profil HLA DQ du donneur

- Inscrire les loci HLA DQ1 et DQ2 du donneur.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Receveur HLA DQ.

Section D — Résultats chez le receveur

Cette section recueille l'information sur le suivi du receveur, qui peut être disponible au même moment où la transplantation est enregistrée.

Les mises à jour sur le statut du patient relativement aux échecs de transplantations, aux décès et aux transferts des patients, seront recueillies annuellement, ou à intervalles durant l'année, en utilisant des listes informatiques sur lesquelles les mises à jour peuvent être enregistrées.

Un centre peut également fournir des imprimés informatiques des échecs et des décès avec les causes y associées, de même que l'information sur les transferts des patients. Ces imprimés peuvent être remis au bureau du RCITO à intervalles déterminés, en utilisant les spécifications des données du RCITO.

Hôpital de suivi

- Inscrire le nom de l'autre hôpital où le patient receveur est suivi, le cas échéant.
- Fournir la date associée au transfert (Date de l'intervention).
- Cette procédure permet au personnel du RCITO d'envoyer toute demande ultérieure de renseignements sur le patient en question à l'hôpital de suivi afin que le patient soit suivi au cours de son traitement.

Statut du patient

- Indiquer si le patient est vivant, décédé ou si on est sans nouvelles de lui.
- Fournir la date associée au statut indiqué vivant en date du, etc.).
- Format: JJ-MMM-AAAA

Si le receveur est décédé

Cause de décès

- Inscrire la date et le code de la cause de décès du receveur.
- Valeurs acceptables :

Codes — Causes de décès	
Génériques	
98	Inconnue/aucune réponse
00	Cause de décès incertaine ou indéterminé
Maladies cardiaques	
11	Ischémie myocardique ou infarctus
12	Hyperkaliémie
13	Péricardite hémorragique
14	Autres causes d'insuffisance cardiaque
15	Arrêt cardiaque de cause inconnue
16	Cardiopathie hypertensive décompensée
17	Hypokaliémie
18	Surcharge volémique
Maladies vasculaires	
21	Embolie pulmonaire
22	Accident cérébro-vasculaire
24	Hémorragie au niveau du greffon — préciser
25	Hémorragie à partir d'un accès vasculaire ou du circuit de dialyse
26	Rupture d'anévrisme vasculaire (autre que code 22-23)
27	Hémorragie d'origine chirurgicale (autre que codes 23-26) préciser
28	Autre hémorragie (autre que codes 23-27) — préciser
55	Thrombose vasculaire
56	Sténose de la veine pulmonaire
57	Complication liée à l'extenseur/ballonnet de distension
Infections	
03	Infection bactérienne — préciser le siège
04	Infection virale — préciser le siège
05	Infection fongique — préciser le siège
06	Cytomégalovirus
07	Virus d'Epstein Barr
08	Pneumonie a Pneumocystis carinii (PCP)
09	Protozoose/Infection parasitaire (y compris toxoplasmose)
10	Infection de la plaie — préciser le siège
34	Infections ailleurs (sauf hépatite virale, voir 41–42)
35	Septicémie — préciser la source
36	Tuberculose (poumon)
37	Tuberculose (ailleurs)
38	Infection virale généralisée — préciser l'agent viral
39	Péritonite (pas le code 70)

Codes — Causes de décès	
Maladies hépatiques	
41	Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite B
42	Foie, atteinte hépatique causée par une autre hépatite virale
43	Foie, toxicité médicamenteuse — préciser le médicament
44	Cirrhose, d'origine non virale
45	Maladie kystique du foie
46	Insuffisance hépatique, cause inconnue
74	Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite C
Maladies gastro-intestinales	
20	Gastro-entérite aiguë avec déshydratation
02	Tumeur gastro-intestinale avec ou sans perforation
23	Hémorragie gastro-intestinale
29	Infarctus mésentérique
62	Pancréatite
68	Perforation d'ulcère gastro-duodénal
70	Sclérose péritonéale
72	Perforation colique
Maladies sociales	
50	Abus des médicaments (exclut l'abus d'alcool)
51	Patient refusant de poursuivre le traitement
52	Suicide
53	Traitement cessé pour une autre raison
54	Abus d'alcool
Accidents	
81	Accident en rapport avec le traitement
82	Accident sans rapport avec le traitement
Divers	
30	Hypertension
40	Acidocétose diabétique
64	Cachexie
66	Néoplasie probablement induite par traitement immunosuppresseur — préciser le siège
67	Néoplasie sauf celle figurant au code 66 — préciser le siège
69	Démence
90	Insuffisance de plusieurs organes
99	Autre cause de décès identifiée — préciser
Maladies respiratoires	
19	Insuffisance respiratoire aiguë
31	Infection pulmonaire (bactérienne)
32	Infection pulmonaire (virale)
33	Infection pulmonaire (fongique)
49	Bronchiolite oblitérante
Maladies métaboliques	
59	Toxicité due à la drogue — préciser la drogue

Codes — Causes de décès	
Maladies hématologiques	
63	Hypoplasie médullaire
71	Thrombopénie
73	Thrombose — préciser
Maladies rénales	
47	Néphropathie aiguë (patients non atteints d'insuffisance rénale)
48	Néphropathie chronique (patients non atteints d'insuffisance rénale)
61	Urémie secibdaure à l'insuffisance du rein transplanté
Maladies neurologiques	
75	Neurotoxicité médicamenteuse — préciser le médicament
76	État de mal épileptique
77	Infection neurologique — préciser l'agent infectieux

Décès à cause de l'échec de la transplantation

- Indiquer si le décès de ce patient peut être attribué à l'échec de la transplantation (p. ex. rejet) et remplir les champs de la date et de la cause de l'échec de la transplantation.
- Inscrire la date et le code correspondant à la cause du décès de ce patient. Voir les codes ci-dessus.

Date de l'échec de la transplantation

- Inscrire la date à laquelle l'organe transplanté a cessé de fonctionner d'une manière adéquate.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 26-JAN-1996).
- La date de l'échec doit être égale ou supérieure à celle de la transplantation.
- Dans le cas rénal, la date d'échec est la date de retour du patient à la dialyse, sinon la date d'enlèvement du rein qui ne fonctionne plus d'une manière adéquate.

Cause de l'échec de la transplantation

- Vérifier le code représentant la cause de l'échec de la transplantation (p. ex. code 64 pour rejet chronique).
- Valeurs acceptables :

Codes — Causes de l'échec de la transplantation	
00	Incertaine/Inconnue
01	Rejet hyperaigu
63	Rejet aigu
64	Rejet chronique
30	Rejet après l'arrêt de tout traitement immunosuppresseur(s)
67	Récidive de la maladie initiale
68	Combinaison de rejet et d'infection
36	Toxicité de la cyclosporine
69	Infection du greffon
11	Non-fonction primaire

Codes — Causes de l'échec de la transplantation	
18	Tumeurs malignes récemment diagnostiquées
23	Thrombose du greffon
26	Compl. chirurgicales — vasculaires
27	Compl. chirurgicales — uretérales
28	Compl. chirurgicales non spécifiées
99	Autre cause de l'échec da la transplantation (préciser)

Profil de l'hôpital de la transplantation rénale

L'ensemble des établissements de transplantation remplisse ce formulaire le 31 décembre de l'année courante de clôture de l'exercice. Ce formulaire sert à enregistrer les statistiques sommaires de l'année de clôture de l'exercice utilisée pour valider les fichiers individuels des patients pour cette même année.

Nom et ville de l'hôpital

- Enregistrer le nom et le lieu de l'hôpital de transplantation.

Numéro de l'hôpital

- Chaque hôpital relevant du RCITO se voit attribuer un numéro d'identification unique.

Nombre de transplantations rénales effectuées dans l'hôpital à l'année de clôture de l'exercice (depuis le 31 décembre)

***Patients adultes** : sont les patients âgés de 18 ans et plus au moment de la transplantation.*

***Patients pédiatriques** : sont les patients âgés de moins de 18 ans au moment de la transplantation.*

- **Donneur cadavérique adulte :** Inscrire le nombre de transplantations rénales d'un donneur cadavérique adulte durant l'année de clôture de l'exercice de l'hôpital, y inclus les transplantations multiples, et y exclus les transplantations pédiatriques.
- **Donneur cadavérique pédiatrique :** Inscrire le nombre de transplantations rénales d'un donneur cadavérique pédiatrique durant l'année de clôture de l'exercice de l'hôpital, y inclus les transplantations multiples.
- **Donneur vivant apparenté — adulte :** Inscrire le nombre de transplantations rénales d'un donneur adulte apparenté (vivant) durant l'année de clôture de l'exercice de l'hôpital, y inclus les transplantations multiples, et y exclus les transplantations pédiatriques.
- **Donneur vivant apparenté — pédiatrique** : Inscrire le nombre de transplantations rénales d'un donneur pédiatrique apparenté (vivant) durant l'année de clôture de l'exercice de l'hôpital, y inclus les transplantations multiples.

- **Donneur vivant non apparenté — adulte :** Inscrire le nombre de transplantations rénales d'un donneur adulte non apparenté (vivant) durant l'année de clôture de l'exercice de l'hôpital, y inclus les transplantations multiples, et y exclus les transplantations pédiatriques.
- **Donneur vivant non apparenté — pédiatrique** : Inscrire le nombre de transplantations rénales d'un donneur pédiatrique non apparenté (vivant) durant l'année de clôture de l'exercice de l'hôpital, y inclus les transplantations multiples.

Nombre de transplantations multiples effectuées à l'hôpital à l'année de clôture de l'exercice (depuis le 31 décembre)

- **Transplantations multiples — Adulte :** Inscrire le nombre de transplantations multiples adultes effectuées au centre durant l'année de clôture de l'exercice.
- **Transplantations multiples — Pédiatrique :** Inscrire le nombre de transplantations multiples pédiatriques effectuées au centre durant l'année de clôture de l'exercice.

Nombre des patients vivants avec un greffon fonctionnel en date du 31 décembre de l'année de clôture de l'exercice

- Inscrire le nombre des patients vivants avec un greffon fonctionnel suivis à l'hôpital durant l'année de clôture de l'exercice, sans égard au lieu initial de la transplantation. Inclut les patients qui peuvent être suivis par un autre centre si votre centre demeure le centre PRIMAIRE de suivi.
- Le nombre enregistré des patients devra être égal ou supérieur au nombre enregistré l'année précédente. Un nombre inférieur nécessitera une explication.

Nombre des patients suivis à l'hôpital et retournés à la dialyse

- Inscrire le nombre des patients suivis à l'hôpital qui sont retournés à la dialyse après l'échec de la transplantation rénale durant l'année courante de clôture de l'exercice.

Nombre des patients suivis à l'hôpital et décédés avec un greffon fonctionnel durant l'année de clôture de l'exercice

- Inscrire le nombre des patients suivis à l'hôpital qui sont décédés avec un greffon fonctionnel durant l'année de clôture de l'exercice.

Nombre des patients suivis à l'hôpital et décédés avec un greffon échoué durant l'année de clôture de l'exercice

- Inscrire le nombre des patients suivis à l'hôpital qui sont décédés avec un greffon rénal échoué (ne sont pas retournés à la dialyse) durant l'année de clôture de l'exercice.

5. Inscription des receveurs de transplantations hépatiques

Section A — Information sur le receveur

Nom et ville de l'hôpital où la transplantation a été effectuée

- Inscrire le nom et la ville de l'hôpital où la transplantation a été effectuée. La ville est requise pour différencier les hôpitaux du même nom dans différentes villes.
- Cette information est convertie en un code à 5 chiffres par l'ICIS. Si vous connaissez le code de l'ICIS attribué à votre hôpital, vous pouvez l'inscrire sur le formulaire au lieu du nom et de la ville de l'hôpital.

Nom du patient

- Inscrire le nom du patient ou nom de famille/dernier nom utilisé par le patient. Inscrire sans titre. Un trait d'union simple (p. ex. JEAN-TREMBLAY), une apostrophe (p. ex. O'HARA) ou un espace blanc (p. ex. VAN DUSEN) peuvent être inscrits.

Prénom et second prénom du patient

- Inscrire le prénom du patient ou le nom de baptême ainsi que le second prénom, le cas échéant, utilisé par le patient.
- Si le patient est souvent appelé par un sobriquet, veuillez l'indiquer entre parenthèses (p. ex. Elisabeth (Betty) Roy).

Nom antérieur du patient

- Inscrire le nom de jeune fille (avant le mariage) ou le nom antérieur de tout patient qui a changé de nom (p. ex. Elizabeth Roy était Elizabeth Bélanger auparavant, donc Bélanger serait inscrit).

Sexe

- Inscrire le sexe du patient.
- Valeurs acceptables :

  H = Homme
  F = Femme
  A = Autre (transsexuel, hermaphrodite)

Groupe sanguin

- Inscrire le groupe sanguin du patient.
- Valeurs acceptables :

  A
  B
  O
  AB
  I (Inconnu/aucune réponse)

Origine raciale

- Indiquer l'origine raciale du patient.
- Une réponse seulement.
- Inscrire la race dans « Autre/Multiraciale ».
- Valeurs acceptables :

Codes — Origine raciale		
Code	**Description**	
1	Blanc/Caucasien	p. ex. Canadien français et les autres peuples d'ascendance européenne, australienne ou russe
2	Asiatique	p. ex. Chinois, Japonais, Vietnamien, Coréen, Taiwanais
3	Noir	p. ex. Africain, des Caraïbes, Sud-Américain, Cubain
5	Sous-continent indien	p ex. peuples de l'Inde, du Pakistan et du Bangladesh
8	Îles du Pacifique	p. ex. Philippin
9	Autochtone	p. ex. Indien d'Amérique du Nord, Métis, Inuit
10	Moyen-Orient/Arabe	p. ex. peuples de l'Arabie saoudite, de l'Iran, de l'Iraq, de la Jordanie, de la Syrie, de l'Arménie, Algérie
98	Inconnu	
99	Autre/Multiraciale	

Codes en vigueur à partir du 1er janvier 2001			Anciens codes	
Blanc/Caucasien	01	→	Blanc	01
Asiatique	02	→	Asiatique	02
Noir	03	→	Noir	03
Sous-continent indien	05	→	Indien de l'Inde	05
Îles du Pacifique	08	→	Philippin	08
Autochtone	09	→	Indiens de l'Amérique du Nord et Inuit	04 & 07
Moyen-Orient/Arabe	10			
Inconnu	98	→	Inconnu	98
Autre/Multiraciale	99	→	Autre	99

Date de naissance

- Inscrire la date de naissance du patient. Format : JJ-MMM-AAAA (p. ex. 08-avr-1958).
- Ce champ est obligatoire pour l'identification correcte du patient.
- La plupart des analyses se font selon l'âge du patient.

Numéro d'assurance maladie

- Inscrire le numéro d'assurance maladie indiqué sur la carte santé du patient. Omettre les traits d'union, les espaces blancs et inclure le numéro de version, le cas échéant. (p. ex. 123123123M).
- Le numéro de carte santé aide à identifier le patient et à éviter les enregistrements des patients en double.
- Pour les résidents du Manitoba, veuillez inscrire le numéro personnel l'information sur la santé (NPIS).

Province émettrice de la carte

- Inscrire la province associée au numéro de la carte santé fournie.
- Valeurs acceptables :

Codes — Province émettrice de la carte	
Code	**Province**
AB	Alberta
BC	Colombie-Britannique
MB	Manitoba
NB	Nouveau-Brunswick
NL	Terre-Neuve-et-Labrador
NS	Nouvelle-Écosse
NT	Territoires du Nord-Ouest
NU	Nunavut
ON	Ontario
PE	Île-du-Prince-Édouard
QC	Québec
SK	Saskatchewan
YT	Yukon
XX	Autre
ZZ	Inconnu

Adresse du patient — ville

- Inscrire la ville de résidence habituelle du patient au moment de la transplantation. (Ne pas inclure une nouvelle résidence pour fins de traitement).
- Cette information est utilisée pour déterminer la résidence des patients lors de l'incidence.

Adresse du patient — province

- Inscrire la province de résidence habituelle du patient au moment de la transplantation.
- Cette information est utilisée pour déterminer la résidence des patients lors de l'incidence.
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Province émettrice de la carte.

Code postal du patient

- Inscrire le code postal de l'adresse du patient au moment de la transplantation.
- Format : M3C 2T9.
- Cette information est utilisée pour déterminer la résidence des patients lors de l'incidence.

Taille du receveur

- Inscrire la taille du patient en centimètres au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables : cm (facteur de conversion : 1 pouce = 2,54 cm; 0,39 pouce = 1 cm).

Poids du receveur

- Inscrire le poids du patient en kilogrammes au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables : kg (facteur de conversion : 1 livre = 0,45 kg; 2,21 livres = 1 kg)

Section B — Information sur la transplantation

Information sur la liste d'attente

Date à laquelle le patient a été mis pour la première fois sur la liste d'attente

- Inscrire la date à laquelle le patient a été mis sur la liste d'attente pour la première fois pour cette transplantation.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 12-JAN-2000).

Statut médical sur la liste d'attente

- Inscrire le code du statut médical du patient au moment où il a été mis sur la liste d'attente pour la première fois. (Le statut médical au moment de la transplantation est également enregistré. Voir section B.)
- Valeurs acceptables :

Codes — Statut médical	
08	Statut 1 (à domicile)
16	Statut 1T (patients atteints d'une tumeur)
04	Statut 2 (hospitalisé)
05	Statut 3 (Hospitalisé à l'USI)
11	Statut 3F (fulminant)
06	Statut 4 (USI — support mécanique/ventilatoire)
12	Statut 4F (fulminant)

Date d'inscription sur la liste finale

- Inscrire la date d'Inscription sur la liste finale si elle diffère de la date d'inscription sur la liste initiale.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 12-JAN-2001).

Statut médical au moment de la transplantation

- Inscrire le code du statut médical du patient au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

Codes — Statut médical	
08	Statut 1 (à domicile)
16	Statut 1T (patients avec tumeur)
04	Statut 2 (hospitalisé)
05	Statut 3 (hospitalisé au service des soins intensifs)
11	Statut 3F (fulminante)
06	Statut 4 (aux SI avec support mécanique)
12	Statut 4F (fulminante)

Date de la transplantation

- Inscrire la date à laquelle cette transplantation a été effectuée.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 12-JUN-1995).

Indicateur de la transplantation hépatique

- Cocher la case si une transplantation du rein uniquement a été effectuée, y exclus tout autre organe à ce moment.

  S'il s'agit d'une transplantation multiple, cocher la case de transplantation multiple.

Indicateur de transplantation multiple

- Inscrire les autres organes transplantés au cours de cette intervention de transplantation multiple.

Indiquer les autres organes

- Le cas échéant, inscrire les autres organes transplantés au cours de cette intervention de transplantation multiple. Veuillez noter que la section B des formulaires d'inscription des receveurs de greffes devra être remplie puisqu'elle fait partie de l'inscription du patient.

Diagnostic initial

- Inscrire les codes qui représentent les causes principales de l'insuffisance organique. On peut coder jusqu'à **4 diagnostics**. À noter qu'on peut inclure les diagnostics rétrospectifs/connexes.
- Si aucun des codes ne correspond au diagnostic relevé, alors inscrire le code 99 et décrire l'état.
- Veuillez noter que seul le diagnostic au premier traitement est enregistré même si celui-ci change au fil du temps (par exemple une deuxième ou troisième transplantation).

- Valeurs acceptables :

Codes — Diagnostic initial — Foie	
Insuffisances hépatiques aiguës (fulminante)	
01	Hépatite A
02	Hépatite B
61	Hépatite C
58	Hépatite non A, non B, non C
35	Hépatite Delta
05	Toxique
04	Hépatite médicamenteuse — autre
56	Hépatite médicamenteuse — acétaminophène
47	Autre insuffisance hépatique aiguë (y compris la maladie de Budd-Chiari et de Wilson)
Insuffisances hépatiques chroniques	
12	Maladie de Budd-Chiari
36	Maladie de Byler (cholestase intra-hépatique)
09	Cirrhose — alcoolique
10	Cirrhose — autre
08	Cirrhose cryptogénique
49	Cirrhose postnécrotique
07	Cirrhose biliaire primitive
14	Cirrhose biliaire secondaire
45	Médicamenteuse — autre
42	Hépatite A
43	Hépatite B
60	Hépatite C
59	Hépatite non A, non B, non C
51	Hépatite néonatale
06	Hépatite chronique active auto-immune
13	Atrésie congénitale des voies biliaires
11	Cholangite sclérosante
46	Toxique
15	Maladie de Watson-Alagille (dysplasie artéro-hépatique)
62	Maladie polykystique du foie
64	Stéatohépatite non-alcoolique (NASH)
Tumeurs hépatiques	
50	Angiosarcome
17	Cholangiocarcinome
18	Hépatome fibro-lamellaire
16	Carcinome hépatocellulaire
19	Tumeur métastatique
53	Tumeur hépatique — autre
Maladies métaboliques	
20	Déficience en alpha I — Antitrypsine
28	Syndrome de Crigler-Najjar
21	Glycogénose
23	Hémochromatose

Codes — Diagnostic initial — Foie	
27	Hyperlipoprotéinémie type 2
24	Maladie de Niemann-Pick
26	Phénylcétonurie
25	Protoporphyrie
29	Tyrosinémie
22	Maladie de Wilson
34	Maladie métabolique - autre
Autres diagnostics principaux	
30	Fibrose hépatique cingénitale
31	Maladie de Caroli
32	Affections kystiques
52	Artère hépatique thrombosée
98	Inconnu
99	Autre (préciser)

Indicateur de retransplantation

- Cocher la case s'il s'agit d'une retransplantation.

Statut de sérologie du receveur

Hépatite B

Hépatite BsAg

- Indiquer si le patient présente des antigènes associés à l'hépatite B au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Hépatite BcAb

- Indiquer si le patient présente des anticorps d'hépatite B au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Hépatite B DNA

- Indiquer s'il y'a lieu d'une hépatite B DNA au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse
- Si le diagnostic est positif, alors fournir les mesures en pg/ml.
- Échelle acceptable : 0-100 pg/ml.

Traitement de l'hépatite B au moment de la transplantation

- Indiquer si le patient était sous traitement au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  0 = Non
  1 = Oui, Interferon
  2 = Oui, Lamivudine
  3 = Autre — préciser
  9 = Inconnu/aucune réponse

Hépatite C

- Indiquer si le patient a des anticorps d'hépatite C au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

ARN décelé

- Indiquer si l'ARN est décelé dans le cas d'une hépatite C.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui — préciser la méthode et le résultat (million de copies/ml)
  N = Non
  X = Non recueilli

Génotype

- Indiquer le génotype du patient.
- Valeurs acceptables :

  1
  2
  3
  4
  5
  6
  9 = Inconnu

Traitement de l'hépatite C au moment de la transplantation

- Indiquer le traitement prescrit pour l'hépatite C au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  1 = Interferon
  2 = Rivavirin
  3 = Interferon et Ribvavirin
  9 = Inconnu/aucune réponse

Virus d'Epstein Barr

- Indiquer si le patient présente des anticorps du virus d'Epstein Barr au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

CMV

- Indiquer si le patient a des anticorps de cytomégalovirus au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

VIH

- Indiquer si le patient présente des antigènes VIH au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Taux actuel d'anticorps cytotoxiques (AB)

- Inscrire le pourcentage du taux cytotoxique d'anticorps circulants (PRA) au moment de la transplantation.
- Échelle acceptable : 0-100 %

Taux maximal d'anticorps cytotoxiques (AB)

- Inscrire le pourcentage le plus élevé du taux cytotoxique d'anticorps circulants (PRA) mesuré chez ce patient.
- Échelle acceptable : 0-100 %

Résultats de l'épreuve standard de compatibilité croisée

- Indiquer si l'épreuve standard de compatibilité des lymphocytes T ou des lymphocytes circulants est positive ou négative à 22 ou 37 degrés Celsius.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Profil HLA du receveur

HLA = antigène lymphocyte humain (marqueurs antigéniques utilisés pour déterminer la compatibilité entre les donneurs et les receveurs dans certaines transplantations). Veuillez inscrire l'information sur les marqueurs suivants :

Receveur HLA A

- Inscrire les loci HLA A1 et A2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes — Codes HLA A	
Codes	**Description**
0001	A1
0002	A2
0203	A203
0210	A210
0003	A3
0009	A9
0010	A10
0011	A11
0019	A19
0023	A23(9)
0024	A24(9)
2403	A2403
0025	A25(10)
0026	A26(10)
0028	A28
0029	A29(19)
0030	A30(19)
0031	A31(19)
0032	A32(19)
0033	A33(19)
0034	A34(10)
0036	A36
0043	A43
0066	A66(10)
0068	A68(28)
0069	A69(28)
0074	A74(19)
0080	A80
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur HLA B

- Inscrire les loci HLA B1 et B2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes — Codes HLA B	
Codes	**Description**
0005	B5
0007	B7
0703	B703
0008	B8
0012	B12
0013	B13
0014	B14
0015	B15
0016	B16
0017	B17
0018	B18
0021	B21
0022	B22
0027	B27
2708	B2708
0035	B35
0037	B37
0038	B38(16)
0039	B39(16)
3901	B3901
3902	B3902
0040	B40
4005	B4005
0041	B41
0042	B42
0044	B44(12)
0045	B45(12)
0046	B46
0047	B47
0048	B48
0049	B49(21)
0050	B50(21)
0051	B51(5)
5102	B5102
5103	B5103
0052	B52(5)
0053	B53
0054	B54(22)

Codes — Codes HLA B	
Codes	**Description**
0055	B55(22)
0056	B56(22)
0057	B57(17)
0058	B58(17)
0059	B59
0060	B60(40)
0061	B61(40)
0062	B62(15)
0063	B63(15)
0064	B64(14)
0065	B65(14)
0067	B67
0070	B70
0071	B71(70)
0072	B72(70)
0073	B73
0075	B75(15)
0076	B76(15)
0077	B77(15)
0078	B78
0081	B81
0004	BW4
0006	BW6
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur HLA DR

- Inscrire les loci HLA DR1 et DR2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro HLA le plus bas en premier, suivi du numéro le plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).

- Valeurs acceptables :

Codes — HLA DR	
Code	**Description**
0001	DR1
0103	DR103
0002	DR2
0003	DR3
0004	DR4
0005	DR5
0006	DR6
0007	DR7
0008	DR8
0009	DR9
0010	DR10
0011	DR11(5)
0012	DR12(5)
0013	DR13(6)
0014	DR14(6)
1403	DR1403
1404	DR1404
0015	DR15(2)
0016	DR16(2)
0017	DR17(3)
0018	DR18(3)
0051	DR51
0052	DR52
0053	DR53
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur HLA DQ

- Inscrire les loci HLA DQ1 et DQ2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes si elle est disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).

- Valeurs acceptables :

Codes — HLA DQ	
Codes	**Description**
0001	DQ1
0002	DQ2
0003	DQ3
0004	DQ4
0005	DQ5
0006	DQ6
0007	DQ7
0008	DQ8
0009	DQ9
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Numéro de la transplantation

- Inscrire le numéro séquentiel de transplantation de ce patient (p. ex. une, deux ou trois etc. transplantations hépatiques subies par ce patient).
- La plupart des analyses actuarielles de survie sont basées sur le numéro de la transplantation, par exemple, survie de la transplantation, survie des premières transplantations hépatiques cadavériques.

Score de Pugh lors de la transplantation

- Inscrire le score de Pugh au moment de la transplantation.
- Échelle acceptable : 3 à 15.

Créatinine lors de la transplantation

- Inscrire le taux de créatinine chez le patient au moment de la transplantation hépatique.
- Mesuré en (mol/L).
- Échelle acceptable : 0 à 999 (mol/L).

Total du sérum de bilirubine lors de la transplantation

- Inscrire la quantité total du sérum de bilirubine pour le patient lors de la transplantation du foie.
- Mesuré en µmol/L.
- Échelle moyenne : 0 à 999.

RIN (Rapport international normalisé)

- Inscrire le RIN pour le patient lors de la transplantation.
- RIN est défini comme le ratio du temps de prothrombine (TP), qui est la valeur TP du patient divisé par la moyenne de l'échelle normale du TP.
- Échelle acceptable : 0,50 à 9,99.

Technique de séparation ou de réduction

Réduction hépatique

- Indiquer si le foie a été réduit par voie chirurgicale une fois qu'il a été enlevé du donneur.
- Il ne peut y avoir qu'un receveur seulement.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Foie séparé

- Indiquer si le foie a été séparé en deux portions une fois qu'il a été enlevé du donneur.
- Les receveurs sont au nombre de deux dans ce cas.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Technique

Indiquer si la technique de transplantation utilisée était in situ, ex situ ou une combinaison des deux.

- La séparation ex situ est effectuée sur un banc une fois que le foie est enlevé du cadavre. Le foie est généralement divisé en deux greffons : 2 à 3 segments pour les enfants, et 4 à 8 segments pour les adultes.
- La séparation in situ est identique en technique à tout enlèvement d'un donneur vivant. La division du foie se fait dans le donneur avant la préservation du foie. La séparation in situ produit les mêmes types de greffons retirés selon la technique ex situ.
- Valeurs acceptables :

  1 = In situ
  2 = Ex situ
  3 = Combinaison

Tumeurs primitives et secondaires du foie

Remplir cette section du formulaire d'inscription des receveurs de transplantations hépatiques ou joindre une copie du formulaire soumis à l'*International Registry of Hepatic Tumors in Liver Transplantation* (Centre médical de l'université de Baylor). Cette section a été ajoutée en entier le 1er janvier 2001 en réponse aux exigences du rapport.

Indicateur de tumeurs primitives et secondaires du foie

- Indiquer si le patient a des tumeurs primitives et secondaires dans son foie.
- Si « non » ne pas remplir la section du formulaire reliée aux tumeurs.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Marqueurs de tumeur

Alpha foetoprotéine (AFP)

- Inscrire les niveaux de l'Alpha foetoprotéine au moment de la transplantation.
- La spécificité de l'AFP dans le cas d'un malignité est supérieure à des niveaux > 1000 ng/ml.

Antigène chorioembryonnique

- Inscrire les niveaux de l'antigène chorioembryonnique (ACE) au moment de la transplantation.
- Intervalle de référence acceptable : 0,0-10,0 ng/ml.

Nombre de nodules

- Inscrire le nombre de nodules ou de masses constatées.

Diamètre du plus grand nodule

- Indiquer en centimètre le diamètre du plus grand nodule.

Bilobaire

- Indiquer si le cancer a atteint les deux lobes du foie et non les canaux ou la vésicule biliaire.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Caractéristiques de la tumeur

- Indiquer si la tumeur est multifocale (répartition d'un grand nombre de nodules de tailles différentes) ou unifocale.
- Valeurs acceptables :

  1 = Simple
  2 = Multifocale

Classification histologique

- Fournir la classification des tumeurs du patient.
- Si deux chiffres (p. ex. I-II) sont utilisés, veuillez utiliser le chiffre la plus élevée
- Si la classification et le système de classification sont précisés (p. ex. I/III) codifier la classification seulement (p. ex. I) et non le système trois points de classification.

Système de classification histologique

- Indiquer le système de classification utilisé pour grouper les tumeurs (chaque système) varie selon le type de cancer).

Implication vasculaire

- Indiquer si les tumeurs des patients présentent une implication vasculaire.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Dissémination de la tumeur au moment de l'intervention

- Indiquer, s'il y'a lieu, la propagation de la tumeur au moment de l'intervention.
- Valeurs acceptables :

  0 = Aucune
  1 = Périaortique
  2 = Poumons, médiastinum
  3 = Diaphragme
  4 = Abdomen, autre
  5 = Noeuds hilaires

Traitement d'appoint pour les tumeurs

Embolisation préopératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a subi une embolisation préopératoire.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Irradiation préopératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a subi une irradiation préopératoire.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Irradiation peropératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a subi une irradiation peropératoire.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Irradiation postopératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a subi une irradiation postopératoire.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Autre traitement préopératoire des tumeurs

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a reçu une autre forme de traitement préopératoire.
- Indiquer la nature du traitement utilisé.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Autre traitement peropératoire des tumeurs

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a reçu une autre forme de traitement peropératoire.
- Indiquer la nature du traitement utilisé.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Autre traitement postopératoire des tumeurs

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a reçu une autre forme de traitement postopératoire.
- Indiquer la nature du traitement utilisé.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Adryamycine (chimiothérapie) préopératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une chimiothérapie préopératoire à l'adryamycine.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Adryamycine (chimiothérapie) peropératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une chimiothérapie peropératoire à l'adryamycine.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Adryamycine (chimiothérapie) postopératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une chimiothérapie postopératoire à l'adryamycine.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

5-FU (chimiothérapie) préopératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une chimiothérapie préopératoire au 5-FU.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

5-FU (chimiothérapie) peropératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une chimiothérapie peropératoire au 5-FU.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

5-FU (chimiothérapie) postopératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une chimiothérapie postopératoire au 5-FU.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

5-FU DR (chimiothérapie) préopératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une chimiothérapie préopératoire au 5-FU DR.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

5-FU DR (chimiothérapie) peropératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une chimiothérapie peropératoire au 5-FU DR.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

5-FU DR (chimiothérapie) postopératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une chimiothérapie postopératoire au 5-FU DR.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Cisplatine (chimiothérapie) préopératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une chimiothérapie préopératoire à la cisplatine.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Cisplatine (chimiothérapie) peropératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une chimiothérapie peropératoire à la cisplatine.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Cisplatine (chimiothérapie) postopératoire

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une chimiothérapie postopératoire à la cisplatine.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Autres chimiothérapies préopératoires

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une autre forme de chimiothérapie préopératoire.
- Indiquer la nature du traitement utilisé.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Autres chimiothérapies peropératoires

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une autre forme de chimiothérapie peropératoire.
- Indiquer la nature du traitement utilisé.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Autres chimiothérapies postopératoires

- Encercler la réponse appropriée pour indiquer si le patient a suivi une autre forme de chimiothérapie postopératoire.
- Indiquer la nature du traitement utilisé.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Durée d'ischémie chaude

- Inscrire la durée en minutes entre le clampage des vaisseaux majeurs (habituellement l'aorte) ou le temps de l'arrêt cardiaque, et le début de l'irrigation.
- Inscrire « 0 » pour la perfusion in situ.
- Échelle acceptable : 0 à 99 minutes.

Durée d'ischémie froide

- Inscrire la durée en minutes du début du refroidissement (y inclus le refroidissement in situ) et le retrait de l'organe du stockage frigorifique).
- Échelle acceptable : 15 à 720 minutes (12 heures).

Temps de réchauffement

- Inscrire la durée en minutes entre le retrait de l'organe du stockage frigorifique et l'enlèvement des clamps chez le receveur, permettant le débit sanguin.
- Aussi appelé temps de re-perfusion ou temps d'anastomose.
- Échelle acceptable : 15 à 90 minutes.

Section C — Information sur le donneur

L'information sur le nom de famille abrégé, le type du donneur, âge et le sexe du donneur sert à lier les renseignements sur le receveur et du donneur selon l'organisation de don des organes qui fournit le profil complet du donneur. Seuls ces champs doivent être remplis dans les formulaires de transplantation destines aux donneurs locaux puisqu'une information complète est disponible sur les formulaires du profil des donneur.

Dans le case d'une transplantation de donneur vivant apparenté, veuillez cocher la case donneur vivant et compléter un profil de donneur vivant. Ce formulaire devrait être attaché au formulaire du receveur de transplantation avant d'être envoyé au RCITO.

Type de donneur

- Inscrire le code représentant le type de donneur pour cette transplantation.
- Valeurs acceptables :

Codes — Type de donneur	
01	Cadavérique
12	Donneur domino

Programme organisant le prélèvement d'organes

- Inscrire le nom de l'organisme chargé de l'organisation du prélèvement des organes du donneur, (c'est-à-dire d'où vient le donneur).
- Pour les donneurs de l'extérieur du pays, le nom du pays suffit (p. ex. USA).
- Le nom du programme est converti en code numérique par le personnel du RCITO.

Numéro d'identification du donneur attribué par le programme de prélèvement

- Inscrire le numéro d'identification local de ce donneur par programme de prélèvement d'organes. Ce numéro est utilisé lors de la liaison de l'information sur le bénéficiaire avec celle du profil du donneur, et également lors d'une demande de clarification d'informations auprès du centre local (p. ex. si l'organe utilisé vient d'une autre province, le numéro d'identification original attribué par le programme de prélèvement **doit** être utilisé).

Nom de famille abrégé

- Inscrire les trois premières lettres du nom abrégé du donneur. Ainsi, on évitera les questions de confidentialité qui pourraient résulter de l'utilisation du nom complet.
- Grâce au nom abrégé, l'enregistrement du receveur peut être lié correctement avec celui du profil du donneur, particulièrement lorsque ce dernier provient de l'extérieur de la province.

Âge du donneur

- Inscrire l'âge du donneur.
- Échelle acceptable :

  Âge en **Années** pour les patients âgés de deux ans et plus (002 a 130)
  Âge en **Mois** pour les patients âgés de moins de 24 mois (001 a 023).
  Âge en **Jours** pour les patients âgés de moins de 30 jours (001 a 030).
  Nouveau-nés = 000

Sexe du donneur

- Inscrire le sexe biologique du donneur.
- Valeurs acceptables :

  H = Homme
  F = Femme
  A = Autre (transsexuel, hermaphrodite)

Profil HLA du donneur

HLA = antigène HLA, utilisé pour déterminer la comptabilité entre les donneurs et les receveurs dans certaines transplantations. Veuillez inscrire l'information pour les marqueurs suivants :

Profil HLA A du donneur

- Inscrire les loci HLA A1 et A2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Receveur HLA A.

Profil HLA B du donneur

- Inscrire les loci HLA B1 et B2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Receveur HLA B.

Profil HLA DR du donneur

- Inscrire les loci HLA DR1 et DR2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Receveur HLA DR.

Profil HLA DQ du donneur

- Inscrire les loci HLA DQ1 et DQ2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Receveur HLA DQ.

Section D — Résultats chez les receveurs

Cette section recueille l'information sur le suivi du receveur, qui peut être disponible au même moment où la transplantation est enregistrée.

Les mises à jour sur le statut du patient relativement aux échecs de transplantations, aux décès et aux transferts des patients, seront recueillies annuellement, ou à intervalles durant l'année, en utilisant des listes informatiques sur lesquelles les mises à jour peuvent être enregistrées.

Un centre peut également fournir des imprimés informatiques des échecs et des décès avec les causes y associées, de même que l'information sur les transferts des patients. Ces imprimés peuvent être remis au bureau du RCITO à intervalles déterminés, en utilisant les spécifications de données du RCITO.

Hôpital de suivi

- Inscrire le nom de l'autre hôpital où le patient receveur est suivi, le cas échéant.
- Fournir la date associée au transfert (Date de l'intervention).
- Cette procédure permet au personnel du RCITO d'envoyer toute demande ultérieure de renseignements sur le patient en question à l'hôpital de suivi afin que le patient soit suivi au cours de son traitement.

Statut du patient

- Indiquer si le patient est vivant, décédé ou on est sans nouvelles de lui.
- Fournir la date associée au statut indiqué (vivant en date du, etc.).
- Format: JJ-MMM-AAAA.

Si le receveur est décédé

Cause de décès

- Inscrire la date et la cause de décès.
- Valeurs acceptables :

Codes — Causes de décès	
Génériques	
98	Inconnue/aucune réponse
00	Cause de décès incertaine ou indéterminée
Accidents	
81	Accident en rapport avec le traitement
82	Accident sans rapport avec le traitement
Maladies cardiaques	
11	Ischémie myocardique ou infarctus
12	Hyperkaliémie
13	Péricardite hémorragique
14	Autres causes d'insuffisance cardiaque
15	Arrêt cardiaque de cause inconnue
16	Cardiopathie hypertensive décompensée
17	Hypokaliémie
18	Surcharge volémique
Maladies gastro-intestinales	
02	Tumeur gastro-intestinale avec ou sans perforation
20	Gastro-entérite aiguë avec déshydratation
23	Hémorragie gastro-intestinale
29	Infarctus mésentérique
62	Pancréatite
68	Perforation d'ulcère gastro-duodénal
70	Sclérose péritonéale
72	Perforation colique
Maladies hématologiques	
63	Hypoplasie médullaire
71	Thrombopénie
73	Thrombose — préciser
Infections	
03	Infection bactérienne — préciser le siège
04	Infection virale — préciser le siège
05	Infection fongique — préciser le siège
06	Cytomégalovirus
07	Virus d'Epstein Barr
08	Pneumonie à Pneumocystis carinii (PCP)
09	Protozoose/Infection parasitaire (y compris toxoplasmose)
10	Infection de la plaie — préciser le siège
34	Infections ailleurs (sauf hépatite virale, voir 41-42)
35	Septicémie — préciser la source
36	Tuberculose (poumon)

Codes — Causes de décès	
37	Tuberculose (ailleurs)
38	Infection virale généralisée — préciser l'agent viral
39	Péritonite (pas le code 70)
Maladies métaboliques	
59	Toxicité due à la drogue — préciser la nature de la drogue
Maladies neurologiques	
75	Neurotoxicité — préciser le médicament
76	État de mal épileptique
77	Infection neurologique — préciser l'agent infectieux
Maladies rénales	
47	Néphropathie aiguë (patients non atteints d'insuffisance rénale)
48	Néphropathie chronique (patients non atteints d'insuffisance rénale)
61	Urémie secibdaure à l'insuffisance du rein transplanté
Maladies respiratoires	
19	Insuffisance respiratoire aiguë
31	Infection pulmonaire (bactérienne)
32	Infection pulmonaire (virale)
33	Infection pulmonaire (fongique)
49	Bronchiolite oblitérante
Sociales	
50	Abus des médicaments (exclut l'abus d'alcool)
51	Patient refusant de poursuivre le traitement
52	Suicide
53	Traitement cessé pour une autre raison
54	Abus d'alcool
Maladies vasculaires	
21	Embolie pulmonaire
22	Accident cérébro-vasculaire
24	Hémorragie au niveau du greffon — préciser
25	Hémorragie à partir d'un accès vasculaire ou du circuit de dialyse
26	Rupture d'anévrisme vasculaire (autre que codes 22-23)
27	Hémorragie d'origine chirurgicale (autre que codes 23-26) préciser
28	Autre hémorragie (autre que codes 23-27) préciser
55	Thrombose vasculaire
56	Sténose de la veine pulmonaire
57	Complication liée à l'extenseur/ballonnet de distension
Divers	
30	Hypertension
40	Acidocétose diabétique
64	Cachexie
65	Inconnu
66	Néoplasie probablement induite par traitement immunosuppresseur — préciser le siège
67	Néoplasie sauf celle figurant au code 66 — préciser le siège
69	Démence
90	Insuffisance de plusieurs organes
99	Autre cause de décès identifiée — préciser

Décès à cause de l'échec de la transplantation

- Indiquer si le décès de ce patient peut être attribué à l'échec de la transplantation (p. ex. rejet) et remplir les champs de la date et de la cause de l'échec de la transplantation.
- Indiquer la date et la cause de décès pour ce patient. Voir les codes ci-dessus.

Date de l'échec de la transplantation

- Inscrire la date à laquelle l'organe transplanté a cessé ses fonctions d'une manière adéquate.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 26-JAN-1996).
- La date de l'échec doit être égale ou supérieure à celle de la transplantation.

Cause de l'échec de la transplantation

- Vérifier le code représentant la cause de l'échec de la transplantation (p. ex. code 64 pour rejet chronique).
- Valeurs acceptables :

Codes — Causes de l'échec de la transplantation	
00	Incertaine/Inconnue
01	Rejet hyperaigu
63	Rejet aigu
64	Rejet chronique
30	Rejet après l'arrêt de tout traitement immunosuppresseur
67	Récidive de la maladie initiale
68	Combinaison de rejet et d'infection
69	Infection du greffon
11	Non-fonction primaire
14	Thrombose de la transplantation/veine porte
15	Thrombose de la transplantation/veine hépatique
16	Complication des voies biliaires
18	Tumeur maligne récemment diagnostiquée
22	Thrombose artérielle
28	Complications chirurgicales — non précisées
33	Hépatite développée *de novo*
99	Autre cause de l'échec de la transplantation (préciser)

Formulaire de suivi des transplantations hépatiques

Veuillez remplir ce formulaire le 31 décembre de chaque année ou lors du décès des patients victimes d'une hépatite B ou C ou de tumeurs au foie (selon le diagnostic principal). Pour remplir le formulaire, les établissements pourraient opter, à titre d'alternative, pour la liste des patients que le RCITO fournit en fin d'année.

Section A — Information sur le receveur

La fiche du patient pourrait également être utilisée au lieu et place de cette section, si elle contient la même information.

Nom et ville de l'hôpital où la transplantation a été effectuée

- Inscrire le nom et la ville de l'hôpital où la transplantation a été effectuée. La ville est requise pour différencier les hôpitaux du même nom dans différentes villes.
- Cette information est convertie en un code à 5 chiffres par l'ICIS. Si vous connaissez le code de l'ICIS attribué à votre hôpital, vous pouvez l'inscrire sur le formulaire au lieu du nom et de la ville de l'hôpital.

Numéro d'assurance maladie

- Inscrire le numéro d'assurance maladie indiqué sur la carte santé du patient. Omettre les traits d'union, les espaces blancs et inclure le numéro de version, le cas échéant. (p. ex. 123123123M).
- Le numéro de carte santé aide à identifier le patient et à éviter les enregistrements des patients en double.
- Pour les résidents du Manitoba, veuillez utiliser le numéro personnel d'information sur la santé (NPIS).

Province émettrice de la carte

- Inscrire la province associée au numéro de la carte santé fournie.
- Valeurs acceptables :

AB	=	Alberta
BC	=	Colombie-Britannique
MB	=	Manitoba
NB	=	Nouveau- Brunswick
NL	=	Terre-Neuve-et-Labrador
NS	=	Nouvelle-Écosse
NT	=	Territoires du Nord-Ouest
NU	=	Nunavut
ON	=	Ontario
PE	=	Île-du-Prince-Édouard
QC	=	Québec
SK	=	Saskatchewan
YT	=	Yukon
XX	=	Autre
ZZ	=	Inconnue

Nom du patient

- Inscrire le nom ou le nom de famille/dernier nom utilisé par le patient. Inscrire sans titre. Un trait d'union simple (p. ex. DANIS-LAVOIE), une apostrophe (p. ex. O'NEIL) ou un espace blanc (p. ex. DE COTRET) peuvent être inscrits.

Prénom et second prénom du patient

- Inscrire le prénom du patient ou le nom baptême ainsi que le second prénom, le cas échéant, utilisé par le patient.
- Si le patient est souvent appelé par un sobriquet, indiquer le entre parenthèses (p. ex. William (BILL) Côté.

Nom antérieur du patient

- Inscrire le nom de jeune fille (avant le mariage) ou le nom de tout patient qui a changé son nom (p. ex. Elizabeth Roy était avant Elizabeth Bélanger donc le nom Bélanger serait enregistré).

Adresse du patient — ville

- Inscrire la ville de résidence habituelle du patient au moment de la transplantation. (Ne pas inclure une nouvelle résidence pour fins de traitement).
- Cette ville est utilisée pour fins de mappage de l'incidence.

Adresse du patient — province

- Inscrire la province de résidence habituelle du patient au moment de la transplantation.
- Cette information est utilisée pour fins de mappage de l'incidence.
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Province émettrice de la carte.

Code postal du patient

- Inscrire le code postal de l'adresse du patient au moment de la transplantation.
- Format : M3C 2T9.
- Cette information est utilisée pour déterminer la résidence des patients lors de l'incidence.

Date de naissance

- Inscrire la date de naissance du patient.
- Format : JJ-MMM-AAAA (p. ex. 08-APR-1958).
- Cet élément de donnée est très important puisque la majorité des analyses sont effectuées selon l'âge du patient.

Section B — Information sur l'hépatite B après la transplantation

Cette section recueille de l'information sur le suivi des greffés victimes d'une hépatite B (selon le diagnostic principal). Ces renseignements doivent être fournis le 31 décembre de chaque année ou lors du décès du patient. Cette sélection a été ajoutée en 2001 aux exigences en matière de rapport.

Récurrence de la maladie

- Indiquer si le patient avait l'hépatite B en fin d'année.
- Valeurs acceptables :
  0 = Non
  1 = Oui, asymptomatique bénigne (faible)
  2 = Oui, Modérée avec des symptômes ou signes d'une affection du foie (p. ex. la jaunisse)
  3 = Oui, échec de transplantation grave, cirrhose, hépatite cholestatique fibreuse, signes d'une hypertension portale (importante)

Date de la récurrence

- Indiquer la date où le patient présentait les signes positifs d'une hépatite B durant l'année de clôture de l'exercice.
- Format: JJ-MOI-AAAA (p. ex. 29-May-2002).

ADN décelable

- Indiquer si on a détecté le ADN-HB.
- Valeurs acceptables :
  0 = Non
  1 = Oui
  3 = Non effectué durant l'année civile
  9 = Inconnu/aucune réponse

Thérapie actuelle — H-Blg

- Indiquer si le patient est actuellement sous H-Blg.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non

Thérapie actuelle — Lamivudine

- Indiquer si le patient est actuellement sous Lamivudine.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non

Thérapie actuelle — Autre

- Veuillez spécifier l'autre thérapie que suit le patient.

Section C — Information sur l'hépatite C après la transplantation

Cette section recueille de l'information sur le suivi des greffés victimes d'une hépatite C (selon le diagnostic principal). Ces renseignements doivent être fournis le 31 décembre de chaque année ou lors du décès du patient. Cette sélection a été ajoutée en 2001 aux exigences en matière de rapport.

Récurrence de la maladie

- Indiquer si le patient avait l'hépatite C en fin d'année. La récurrence de l'hépatite C doit être confirmé par une biopsie.
- La gravité de la maladie est basée sur les résultats de la biopsie.
- Valeurs acceptables :
  0 = Non
  1 = Oui, bénigne
  2 = Oui, modérée
  3 = Oui, grave

Date de la récurrence/Biopsie

- Indiquer la date où les résultats de la biopsie ont confirmé la récurrence de l'hépatite C.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 29-May-2002).

Traitement administré

- Indiquer si le patient suivait un traitement durant l'année civile.
- Valeurs acceptables :
  0 = Non
  1 = Oui, pour fins de prophylaxie
  2 = Oui, pour fins de récurrence

Section D — Information sur la tumeur au foie après la transplantation

Cette section recueille de l'information sur le suivi des greffés victimes d'une tumeur au foie (selon le diagnostic principal). Ces renseignements doivent être fournis le 31 décembre de chaque année ou lors du décès du patient. Alternativement, il est possible de soumettre un exemplaire du formulaire remis à l'International Registry of Hepatic Tumors in Liver Transplantation Centre médical de l'université de Baylor) au RCITO. Cette sélection a été ajoutée en 2001 aux exigences en matière de rapport.

État actuel du patient — Récurrence des tumeurs

- Indiquer si le patient avait eu une tumeur récurrente.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non

Date de récurrence

- Indiquer la date de récurrence de la(des) tumeur(s).
- Format: JJ-MOI-AAAA (p. ex. 15-Sep-2003).

Marqueurs des tumeurs

Alpha foetoprotéine (AFP)

- Inscrire les niveaux de l'Alpha foetoprotéine au moment de la transplantation.
- La spécificité de l'AFP dans le cas d'un malignité est supérieure à des niveaux > 1000 ng/ml.

Antigène chorio-embryonnaire

- Inscrire les niveaux de l'antigène chorio-embryonnaire (ACE) au moment de la transplantation.
- Intervalle de référence acceptable : 0,0-3,0 ng/mL.

Premier siège de récurrence

- Indiquer le premier siège de récurrence de la (des) tumeur(s).
- Valeurs acceptables :
  1 = Foie
  2 = Mediastin
  3 = Abdomen
  4 = Poumons
  5 = Glande surrénale
  6 = Voie de la biopsie
  7 = Os
  8 = Autre

Traitement

- Indiquer le traitement que le patient suit actuellement en raison de la (des) tumeur(s).

Indicateur de retransplantation

- Indiquer si le patient a eu une autre transplantation du foie.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non

Date de retransplantation

- Indiquer la date de retransplantation du foie, s'il y'a lieu.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 09-Nov-2004).

Résultat

- Indiquer le résultat chez le patient.
- Valeurs acceptables :

  1 = Vivant sans tumeur
  2 = Vivant avec tumeur
  3 = Mort sans tumeur
  4 = Mort avec tumeur

Mort due à une tumeur

- Indiquer si le patient est mort d'une tumeur.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui, mort d'une tumeur
  N = Non, sans rapport avec la tumeur

6. Profil des donneurs vivants

Section A—Information sur le donneur

Ce formulaire devrait être remplis pour tous les donneur vivants. Veuillez attacher ce formulaire avec le formulaire d'inscription des receveurs de transplantation correspondant.

Type de donneur

- Inscrire le code représentant le type de donneur pour cette transplantation.
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
Vivant biologiquement apparenté	
02	Parent (mère ou père)
03	Soeur ou frère
04	Fils ou fille
05	Autre donneur apparenté (p. ex. soeur de la mère)
Vivant biologiquement non apparenté	
06	Vivant non apparenté (p. ex. beaux-parents)
07	Conjoint

Nom de l'hôpital ou du programme organisant le prélèvement d'organes

- Inscrire le nom du programme chargé du prélèvement des organes du donneur, (c'est-à-dire d'où vient le donneur).
- Le nom du programme est converti en code numérique par le personnel du RCITO.

Numéro d'identification du donneur attribué par le programme de prélèvement

- Inscrire le numéro d'identification local de ce donneur par le programme de transplantation. Ce numéro est utilisé lors de la liaison de l'information sur le bénéficiaire avec celle du profil du donneur, et également lors d'une demande de clarification d'informations auprès du centre local.

Nom de famille abrégé

- Inscrire les trois premières lettres du nom abrégé du donneur. Ainsi, on évitera les questions de confidentialité qui pourraient résulter de l'utilisation du nom complet.

Province ou l'état de résidence

- Inscrire la province ou l'état de résidence qui est la province ou l'état du donneur.
- Valeurs acceptables :

Codes — Province ou état de résidence	
Code	**Province — Canada**
AB	Alberta
BC	Colombie-Britannique
MB	Manitoba
NB	Nouveau-Brunswick
NL	Terre-Neuve-et-Labrador
NS	Nouvelle-Écosse
NT	Territoires du Nord-Ouest
NU	Nunavut
ON	Ontario
PE	Île-du-Prince-Édouard
QC	Québec
SK	Saskatchewan
YT	Yukon
	État — États-Unis
AL	Alabama
AK	Alaska
AS	American Samoa
AZ	Arizona
AR	Arkansas
CA	Californie
CO	Colorado
CT	Connecticut
DE	Delaware
DC	District de Columbia
FL	Floride
GA	Géorgie
GU	Guam
HI	Hawaii
NE	Nebraska
NV	Nevada
NH	New Hampshire
NJ	New Jersey
NM	New Mexico
NY	New York
NC	Caroline du Nord
ND	Dakota du Nord
OH	Ohio
OK	Oklahoma
PA	Pennsylvanie
PR	Puerto Rico
RI	Rhode Island

Codes — Province ou état de résidence	
SC	Caroline du Sud
ID	Idaho
IL	Illinois
IN	Indiana
IA	Iowa
KS	Kansas
KY	Kentucky
LA	Louisiane
ME	Maine
MD	Maryland
MA	Massachusetts
MI	Michigan
MN	Minnesota
MS	Mississippi
MO	Missouri
MT	Montana
SD	Dakota du Sud
TN	Tennessee
TX	Texas
UT	Utah
VT	Vermont
VI	Virgin Islands
VA	Virginie
WA	Washington
WV	Virginie de l'Ouest
WI	Wisconsin
WY	Wyoming
XX	Un pays autre que le Canada ou les États-Unis
ZZ	Inconnue

Pays de résidence

- Inscrire le pays de résidence de ce donneur.
- Valeurs acceptables :

Codes — Pays de résidence	
AUS	Australie
AUT	Autriche
BEL	Belgique
CAN	Canada
CZE	Tchécoslovaquie
DNK	Danemark
DEU	Allemagne
GBR	Royaume Uni
FRA	France
ISR	Israël
ITA	Italie

Codes — Pays de résidence	
JPN	Japon
MEX	Mexique
ESP	Espagne
SWE	Suède
USA	États-Unis

Âge du donneur

- Inscrire l'âge (ans) du donneur.

Sexe du donneur

- Inscrire le sexe biologique du donneur.
- Valeurs acceptables :

  H = Homme
  F = Femme
  A = Autre (transsexuel, hermaphrodite)

Origine raciale

- Inscrire le code représentant la race du donneur.
- Valeurs acceptables :

Codes — Origine raciale		
Code	**Description**	
01	Blanc/Caucasien	p. ex. Canadien français et les autres peuples d'ascendance européenne, australienne ou russe
02	Asiatique	p. ex. Chinois, Japonais, Vietnamien, Coréen, Taiwanais
03	Noir	p. ex. Africain, des Caraïbes, Sud-Américain, Cubain
05	Sous-continent indien	p. ex. peuples de l'Inde, du Pakistan et du Bangladesh
08	Îles du Pacifique	p. ex. Philippin
09	Autochtone	p. ex. Indien d'Amérique du Nord, Métis, Inuit
10	Moyen-Orient/Arabe	p. ex. peuples de l'Arabie saoudite, de l'Iran, de l'Iraq, de la Jordanie, de la Syrie, de l'Arménie, Algérie.
98	Inconnu	
99	Autre/Multiraciale	

Codes en vigueur à partir du 1er janvier 2001			Anciens codes	
Blanc/Caucasien	01	→	Blanc	01
Asiatique	02	→	Asiatique	02
Noir	03	→	Noir	03
Sous-continent indien	05	→	Indien de l'Inde	05
Îles du Pacifique	08	→	Philippin	08
Autochtone	09	→	Indiens de l'Amérique du Nord et Inuit	04 & 07
Moyen-Orient/Arabe	10			
Inconnu	98	→	Inconnu	98
Autre/Multiraciale	99	→	Autre	99

Taille du donneur

- Inscrire la taille du donneur en centimètres.
- Valeurs acceptables : cm (facteur de conversion : 1 pouce =2,54 cm; 0,39 pouce = 1 cm).

Poids du donneur

- Inscrire le poids du donneur en kg.
- Valeurs acceptables : kg (facteur de conversion : 1 livre = 0,45 kg; 2,21 livres = 1 kg).

Section B — Information sur l'hôpital

Date d'admission

- Inscrire la date à laquelle le patient a été admis à l'hôpital.
- Format : JJ-MMM-AAAA (e.g. 14-Fév-2001).

Date du clampage

- Inscrire la date du prélèvement et du clampage de l'organe avec une solution glacée préparée spécialement. Le clampage et le prélèvement sont effectués à la même date.
- Format : JJ-MMM-AAAA.

Heure du clampage

- Inscrire l'heure du prélèvement et du clampage de l'organe avec une solution glacée préparée spécialement.
- Format : HH-MM.

Section C — Sérologie et facteurs de risque (pour les donneurs réels seulement)

Statut sérologique du donneur

Hépatite BsAg

- Inscrire si le donneur présente des antigènes associés à l'hépatite B (hépatite BsAg) au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Hépatite BcAb

- Indiquer si le résultat était positif lorsque le donneur a été testé pour des anticorps d'hépatite B au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Hépatite C

- Indiquer si le donneur présente des anticorps d'hépatite C au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Virus d'Epstein Barr

- Indiquer si le donneur présente des anticorps du virus Epstein Barr au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

VIH

- Indiquer si le donneur présente des antigènes VIH au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

CMV

- Indiquer si le donneur présente des anticorps de cytomégalovirus au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

HTLV type I et II (virus du lymphome humain à cellules T)

- Indiquer si le donneur présente des anticorps de HTLV au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Profil HLA du donneur

HLA = antigène HLA, utilisé pour déterminer la comptabilité entre les donneurs et les receveurs dans certaines transplantations. Veuillez inscrire l'information pour les marqueurs suivants :

Profil HLA du donneur

- Inscrire les loci HLA A1 et A2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes — Codes HLA A	
Codes	**Description**
0001	A1
0002	A2
0203	A203
0210	A210
0003	A3
0009	A9
0010	A10
0011	A11
0019	A19
0023	A23(9)
0024	A24(9)
2403	A2403
0025	A25(10)
0026	A26(10)
0028	A28
0029	A29(19)
0030	A30(19)
0031	A31(19)
0032	A32(19)
0033	A33(19)
0034	A34(10)
0036	A36

Codes — Codes HLA A	
Codes	**Description**
0043	A43
0066	A66(10)
0068	A68(28)
0069	A69(28)
0074	A74(19)
0080	A80
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Profil HLA B du donneur

- Inscrire les loci HLA B1 et B2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes — Codes HLA B	
Codes	**Description**
0005	B5
0007	B7
0703	B703
0008	B8
0012	B12
0013	B13
0014	B14
0015	B15
0016	B16
0017	B17
0018	B18
0021	B21
0022	B22
0027	B27
2708	B2708
0035	B35
0037	B37
0038	B38(16)
0039	B39(16)
3901	B3901
3902	B3902
0040	B40
4005	B4005
0041	B41

Codes — Codes HLA B	
Codes	**Description**
0042	B42
0044	B44(12)
0045	B45(12)
0046	B46
0047	B47
0048	B48
0049	B49(21)
0050	B50(21)
0051	B51(5)
5102	B5102
5103	B5103
0052	B52(5)
0053	B53
0054	B54(22)
0055	B55(22)
0056	B56(22)
0057	B57(17)
0058	B58(17)
0059	B59
0061	B61(40
0062	B62(15)
0063	B63(15)
0064	B64(14)
0065	B65(14)
0067	B67
0070	B70
0071	B74(70)
0072	B72(70)
0073	B73
0075	B75(15)
0076	B76(15)
0077	B77(15)
0078	B78
0081	B81
0004	BW4
0006	BW6
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Profil HLA DR du donneur

- Inscrire les loci HLA DR1 et DR2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes si est disponible, veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Codes HLA DR	
Codes	**Description**
0001	DR1
0103	DR103
0002	DR2
0003	DR3
0004	DR4
0005	DR5
0006	DR6
0007	DR7
0008	DR8
0009	DR9
0010	DR10
0011	DR11(5)
0012	DR12(5)
0013	DR13(6)
0014	DR14(6)
1403	DR1403
1404	DR1404
0015	DR15(2)
0016	DR16(2)
0017	DR17(3)
0018	DR18(3)
0051	DR51
0052	DR52
0053	DR53
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Profil HLA DQ du donneur

- Inscrire les loci HLA DQ1 et DQ2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).

- Valeurs acceptables :

Codes HLA DQ	
Codes	**Description**
0001	DQ1
0002	DQ2
0003	DQ3
0004	DQ4
0005	DQ5
0006	DQ6
0007	DQ7
0008	DQ8
0009	DQ9
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Facteurs de risque du donneur

Fumeur

- Indiquer si le donneur était fumeur au moment de la transplantation(p. ex. personne qui a fumé des cigarettes, des cigares ou la pipe durant les derniers trois mois).
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Diabète

- Indiquer si le donneur était diabétique de type 1 ou 2 au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Hypertension

- Indiquer si le donneur prenait des médicaments anticalciques, des vasodilatateurs, des agents bêtabloquants, des diurétiques, un inhibiteur de l'enzyme de conversion (tel que Captopril, Enalapril) contre l'hypertension pour contrôler l'hypertension au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Hyperlipidémie

- Indiquer si le taux des lipides dans le plasma du donneur était élevé (cholestérol, triglycérides et lipoprotéines).
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Coronaropathie

- Indiquer si l'on avait diagnostiqué une coronaropathie chez le donneur au moment de la transplantation. La coronaropathie, cause principale d'un infarctus du myocarde, connue aussi sous le nom d'athérosclérose, est une maladie qui se manifeste par un rétrécissement ou une occlusion des artères coronaires.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Section D—Information spécifique sur les organes

Organe prélevé

- Indiquer l'organe prélevé du donneur.
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
11	Rein gauche
12	Rein droit
21	Foie, lobe gauche
22	Foie, lobe droit
23	Foie, segment latéral
41	Poumon, lobe gauche
42	Poumon, lobe droit

Information sur le receveur

Nom du receveur

- Inscrire le nom ou le nom de famille/dernier nom utilisé par le receveur. Inscrire sans titre.
- Un trait d'union simple (p. ex. DANIS-LAVOIE), une apostrophe (p. ex. O'NEIL) ou un espace blanc (p. ex. DE COTRET) peuvent être inscrits.

Date de naissance du receveur

- Inscrire la date de naissance du receveur.
- Format : JJ-MMM-AAAA (p. ex. 08-APR-1958).

7. Inscription des receveurs d'une transplantation du bloc coeur-poumon

Section A — Information sur le receveur

Nom et ville de l'hôpital où la transplantation a été effectuée

- Inscrire le nom et la ville de l'hôpital où la transplantation a été effectuée. La ville est requise pour différencier les hôpitaux du même nom dans différentes villes.
- Cette information est convertie en un code à 5 chiffres par l'ICIS. Si vous connaissez le code de l'ICIS attribué à votre hôpital, vous pouvez l'inscrire sur le formulaire au lieu du nom et de la ville de l'hôpital.

Nom du patient

- Inscrire le nom ou le nom de famille/dernier nom utilisé par le patient. Inscrire sans titre.
- Un trait d'union simple (p. ex. DANIS-LAVOIE), une apostrophe (p. ex. O'NEIL) ou un espace blanc (p. ex. DE COTRET) peuvent être inscrits.

Prénom et second prénom du patient

- Inscrire le prénom du patient, le nom de baptême ainsi que le second prénom, le cas échéant, utilisé par le patient.
- Si le patient est souvent appelé par un sobriquet, indiquer le entre parenthèses (p. ex. William (BILL) Côté.

Nom antérieur du patient

- Inscrire le nom de jeune fille (avant le mariage) ou le nom de tout patient qui a changé son nom (p. ex. Elizabeth Roy était avant Elizabeth Bélanger donc le nom Bélanger serait enregistré).

Sexe

- Inscrire le sexe biologique du patient.
- Valeurs acceptables :

  H = Homme
  F = Femme
  A = Autre (transsexuel, hermaphrodite)

Groupe sanguin

- Inscrire le groupe sanguin du patient.
- Valeurs acceptables :

  A
  B
  O
  AB
  I (Inconnu/aucune réponse)

Origine raciale

- Inscrire le code représentant la race du patient.
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***	
01	Blanc/Caucasien	p. ex. Canadien français et les autres peuples d'ascendance européenne, australienne ou russe
02	Asiatique	p. ex. Chinois, Japonais, Vietnamien, Coréen, Taiwanais
03	Noir	p. ex. Africain, des Caraïbes, Sud-Américain, Cubain
05	Sous-continent indien	p. ex. peuples de l'Inde, du Pakistan et du Bangladesh
08	Îles du Pacifique	p. ex. Philippin
09	Autochtone	p. ex. Indien d'Amérique du Nord, Métis, Inuit
10	Moyen-Orient/Arabe	p. ex. peuples de l'Arabie saoudite, de l'Iran, de l'Iraq, de la Jordanie, de la Syrie, de l'Arménie, Algérie
98	Inconnu	
99	Autre/Multiraciale	

Codes en vigueur à partir du 1er janvier 2001			Anciens codes	
Blanc/Caucasien	01	→	Blanc	01
Asiatique	02	→	Asiatique	02
Noir	03	→	Noir	03
Sous-continent indien	05	→	Indien de l'Inde	05
Îles du Pacifique	08	→	Philippin	08
Autochtone	09	→	Indiens de l'Amérique du Nord et Inuit	04 & 07
Moyen-Orient/Arabe	10			
Inconnu	98	→	Inconnu	98
Autre/Multiraciale	99	→	Autre	99

Date de naissance

- Inscrire la date de naissance du patient. Format : JJ-MMM-AAAA (p. ex. 08-APR-1958).
- Ce champ est obligatoire pour l'identification correcte du patient.
- La majorité des analyses se font selon l'âge du patient.

Numéro d'assurance maladie

- Inscrire le numéro d'assurance maladie indiqué sur la carte santé du patient. Omettre les traits d'union, les espaces blancs et inclure le numéro de version, le cas échéant. (p. ex. 123123123M).
- Le numéro de carte santé aide à identifier le patient et à éviter les enregistrements des patients en double.
- Pour les résidents du Manitoba, veuillez utiliser le numéro personnel d'information sur la santé (NPIS).

Province émettrice de la carte

- Inscrire la province associée au numéro de la carte santé fournie.
- Valeurs acceptables :

Code	***Province émettrice de la carte***
AB	Alberta
BC	Colombie-Britannique
MB	Manitoba
NB	Nouveau-Brunswick
NL	Terre-Neuve-et-Labrador
NS	Nouvelle-Écosse
NT	Territoires du Nord-Ouest
NU	Nunavut
ON	Ontario
XX	Autre
PE	Île-du-Prince-Édouard
QC	Québec
SK	Saskatchewan
YT	Yukon
ZZ	Inconnue

Adresse (ville) du patient

- Inscrire la ville de résidence habituelle du patient au moment de la transplantation. (Ne pas inclure une nouvelle résidence aux fins de traitement).
- La ville est utilisée pour déterminer le lieu des patients lors du traitement.

Adresse (province) du patient

- Inscrire la province de résidence habituelle au moment de la transplantation.
- Cette information est utilisée pour le mappage.
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Province émettrice de la carte.

Code postal du patient

- Inscrire le code postal de l'adresse du patient au moment de la transplantation.
- Format : M3C 2T9.
- Cette information est utilisée pour déterminer la résidence du patient lors de l'incidence.

Taille du receveur

- Inscrire la taille du patient en centimètres au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables : cm (facteur de conversion : 1 pouce = 2,54 cm; 0,39 pouce = 1 cm).

Poids du receveur

- Inscrire le poids du patient en kilogrammes au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables : kg (facteur de conversion : 1 livre = 0,45 kg; 2,21 livres = 1 kg).

Section B — Information sur la transplantation

Information sur la liste d'attente

Date à laquelle le patient a été mis pour la première fois sur la liste d'attente

- Inscrire la date à laquelle le patient a été mis sur la liste d'attente pour la première fois pour cette transplantation.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 12-JAN-2000).
- Cas particuliers :
  Transplantation d'un deuxième poumon : Le patient pourrait figurer sur une liste d'attente pour la transplantation d'un autre organe alors que le premier fonctionne un peu. La date à laquelle le patient a été remis sur la liste d'attente est considérée comme la date d'échec du premier organe (date du rejet chronique).

Statut médical sur la liste d'attente

- Inscrire le code du statut médical du patient au moment où il a été mis sur la liste d'attente pour la première fois. (le statut médical au moment de la transplantation est également enregistré).
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
00	Statut 0 — En attente
09	Statut 1 — Stable et attend
10	Statut 2 — Décompensation rapide

Date d'inscription sur la liste finale

- Inscrire la date d'inscription sur la liste finale si elle diffère de la date d'inscription sur la liste initiale.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 12-JAN-2001).

Statut médical du receveur au moment de la transplantation

- Inscrire le code du statut médical du patient au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
09	Statut 1 — Stable et en attente
10	Statut 2 — Décompensation rapide

Date de la transplantation

- Inscrire la date à laquelle cette transplantation a été effectuée.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 12-JUN-1995).

Numéro de la transplantation

- Inscrire le numéro séquentiel de transplantation du patient, par exemple, première, deuxième, troisième transplantation chez le patient.
- La plupart des analyses actuarielles de survie sont basées sur le numéro de la transplantation, par exemple, survie de la première transplantation d'un poumon simple cadavérique.

Marqueurs d'un seul poumon, un double poumon ou coeur-poumons

- Indiquer s'il s'agit de la transplantation d'un poumon, d'un double-poumon ou du coeur-poumons.
- Une transplantation de deux poumons, qu'ils soient insérés séparément ou en bloc, est considérée comme un double poumon (même si chaque partie provient de deux donneurs différents).

Indicateur de transplantation multiple

- Indiquer si plus d'un organe a été transplanté au cours de cette chirurgie, en cochant la case de transplantation multiple.

Indiquer le ou les autres organes

- Inscrire le ou les autres organes transplantés au cours de cette intervention de transplantation multiple.

Diagnostic initial

- Inscrire le code tiré du tableau de codes des diagnostics qui représente la cause principale de l'insuffisance organique. Un seul code est permis.
- S'il n'y a pas de code de diagnostic qui représente la cause principale de l'insuffisance organique, inscrire le code 99 et décrire l'état du patient.
- Veuillez noter que seul le diagnostic au premier traitement est enregistré.

- Valeurs acceptables :

Code	***Diagnostic initial***
06	Toxicité des médicaments
08	Maladie d'Eisenmenger
10	Toxines pulmonaires
11	Fibrose pulmonaire idiopathique
13	Emphysème
15	Insuffisance pulmonaire due à une maladie congénitale
17	Hypertension pulmonaire primaire
18	Maladie pulmonaire obstructive chronique
19	Déficience en Alpha 1—antitrypsine
20	Fibrose kystique
22	Bronchiectasie
26	Sarcoide
27	Inhalation
28	Bronchiolite oblitérante
32	Cardiomyopathie (non précisée)
99	Autre, préciser
98	Inconnu/non disponible

Marqueur de retransplantation

- Cocher cette case s'il s'agit d'une retransplantation.
- Dans le cas d'une retransplantation, la base de données maintient le diagnostic principal de ce patient comme celui enregistré pour la première transplantation. La raison de l'échec de la transplantation antérieure est enregistrée comme étant la cause de l'échec.

Statut de sérologie du receveur

Hépatite BsAg

- Indiquer si le patient présente des antigènes associés à l'hépatite B au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Hépatite BcAb

- Indiquer si le patient présente des anticorps d'hépatite B au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Hépatite C

- Indiquer si le patient présente des anticorps d'hépatite C au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Virus d'Epstein Barr

- Indiquer si le patient présente des anticorps du virus d'Epstein Barr au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

VIH

- Indiquer si le patient présente des antigènes VIH au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

CMV

- Indiquer si le patient présente des anticorps de cytomégalovirus au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Taux actuel d'anticorps cytotoxiques (AB)

- Inscrire le pourcentage du taux cytotoxique d'anticorps circulants (PRA) au moment de la transplantation.
- Échelle acceptable : 0-100 %

Taux maximal d'anticorps cytotoxiques

- Inscrire le pourcentage maximal du taux cytotoxique d'anticorps (PRA) enregistré pour ce patient.
- Échelle acceptable : 0-100 %

Résistance vasculaire pulmonaire (RVP*)* — Réactivité

- Indiquer si le patient est réactif à la résistance vasculaire pulmonaire au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  0 = Non réactif
  1 = Réactif

Résistance vasculaire pulmonaire

- Indiquer la résistance pulmonaire de ce patienté au moment de la transplantation.
- Mesuré en unités Woods.
- Valeurs acceptables :
  1 = <4 unités Woods
  2 = 4–6 unités Woods
  3 = >6 unités Woods
  8 = Non fait
  9 = Inconnu/aucune réponse

Résultat de l'épreuve standard de compatibilité croisée

- Indiquer si l'épreuve standard de compatibilité des lymphocytes T ou des lymphocytes circulants est positive ou négative à 22 ou 37 degrés Celcius.
- Valeurs acceptables :
  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Profil HLA du receveur

HLA = antigène lymphocyte humain (marqueurs antigéniques utilisés pour déterminer la compatibilité entre les donneurs et les receveurs dans certaines transplantations.

Receveur HLA A

- Inscrire les loci HLA A1 et A2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
0001	A1
0002	A2
0203	A203
0210	A210
0003	A3
0009	A9
0010	A10

Code	***Description***
0011	A11
0019	A19
0023	A23(9)
0024	A24(9)
2403	A2403
0025	A25(10)
0026	A26(10)
0028	A28
0029	A29(19)
0030	A30(19)
0031	A31(19)
0032	A32(19)
0033	A33(19)
0034	A34(10)
0036	A36
0043	A43
0066	A66(10)
0068	A68(28)
0069	A69(28)
0074	A74(19)
0080	A80
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur HLA B

- Inscrire les loci HLA B1 et B2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
0005	B5
0007	B7
0703	B703
0008	B8
0012	B12
0013	B13
0014	B14
0015	B15
0016	B16
0017	B17

Code	***Description***
0018	B18
0021	B21
0022	B22
0027	B27
2708	B2708
0035	B35
0037	B37
0038	B38(16)
0039	B39(16)
3901	B3901
3902	B3902
0040	B40
4005	B4005
0041	B41
0042	B42
0044	B44(12)
0045	B45(12)
0046	B46
0047	B47
0048	B48
0049	B49(21)
0050	B50(21)
0051	B51(5)
5102	B5102
5103	B5103
0052	B52(5)
0053	B53
0054	B54(22)
0055	B55(22)
0056	B56(22)
0057	B57(17)
0058	B58(17)
0059	B59
0060	B60(40)
0061	B61(40)
0062	B62(15)
0063	B63(15)
0064	B64(14)
0065	B65(14)
0067	B67
0070	B70
0071	B71(70)
0072	B72(70)
0073	B73
0075	B75(15)
0076	B76(15)
0077	B77(15)

Code	***Description***
0078	B78
0081	B81
0004	BW4
0006	BW6
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur HLA DR

- Inscrire les loci HLA DR1 et DR2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro HLA le plus bas en premier, suivi du numéro le plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
0001	DR1
0103	DR103
0002	DR2
0003	DR3
0004	DR4
0005	DR5
0006	DR6
0007	DR7
0008	DR8
0009	DR9
0010	DR10
0011	DR11(5)
0012	DR12(5)
0013	DR13(6)
0014	DR14(6)
1403	DR1403
1404	DR1404
0015	DR15(2)
0016	DR16(2)
0017	DR17(3)
0018	DR18(3)
0051	DR51
0052	DR52
0053	DR53
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur HLA DQ

- Inscrire les loci HLA DQ1 et DQ2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes si elle est disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
0001	DQ1
0002	DQ2
0003	DQ3
0004	DQ4
0005	DQ5
0006	DQ6
0007	DQ7
0008	DQ8
0009	DQ9
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Facteurs de risque — Poumons, coeur-poumons

Veuillez cocher l'une des valeurs acceptables, soit "O = Oui","N = Non" ou "I = Inconnu".

Dysfonction rénale

- Indiquer si le patient souffrait d'une insuffisance rénale au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Dysfonction hépatique

- Indiquer si le patient souffrait d'une Insuffisance hépatique au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Diabète de type 1

- Indiquer si le diabète de type 1 a été diagnostiqué chez ce patient au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

  Diabète de type 1 : Survient lorsque le pancréas produit très peu sinon aucune quantité d'insuline*. Cette maladie se développe généralement chez les enfants ou adolescents, et touche près de 10 % des diabétiques (Association canadienne du diabète).*

Diabète de type 2

- Indiquer si le diabète de type 2 a été diagnostiqué chez le patient au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

  Diabète de type 2 : Survient lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline pour répondre aux besoins du corps ou lorsque l'insuline est mal métabolisée. Elle se manifeste généralement à un âge avancé et touche près de 90 % des diabétiques (Association canadienne du diabète).

Hypertension

- Indiquer si le patient prenait des médicaments anticalciques, des vasodilatateurs, des agents bêtabloquants, des diurétiques, un inhibiteur de l'enzyme de conversion (tel que Captopril, Enalapril) contre l'hypertension au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Ventilation mécanique

- Indiquer si ce patient était ventilé mécaniquement (sur un respirateur) au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Statut non-ambulatoire

- Indiquer si ce patient devait garder le lit au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Aux anticoagulants

- Indiquer si ce patient recevait des anticoagulants thérapeutiques au moment de la transplantation du poumon (p. ex. Coumadine, Héparine)
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Autre dysfonction organique

- Indiquer si ce patient souffrait d'une maladie au niveau d'organe ou plus autre que les poumons au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Chirurgie thoracique antérieure

- Indiquer si le patient a subi une chirurgie thoracique avant la transplantation du poumon.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Pathogénie multirésistante

- Indiquer si le patient a souffert d'une pathogène résistante ou plus au moment de la transplantation (organismes résistant aux antibiotiques).
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Section C — Information sur le donneur

L'information sur le nom de famille abrégé, le type du donneur, âge et le sexe du donneur sert à lier les renseignements sur le receveur et du donneur selon l'organisation de don des organes qui fournit le profil complet du donneur. Seuls ces champs doivent être remplis dans les formulaires de transplantation destines aux donneurs locaux puisqu'une information complète est disponible sur les formulaires du profil des donneur.

Dans le cas d'une transplantation de donneur vivant apparenté, veuillez cocher la case donneur vivant et compléter un profil de donneur vivant. Ce formulaire devrait être attaché au formulaire du receveur de transplantation avant d'être envoyé au RCITO.

Type de donneur

- Inscrire le code représentant le type de donneur pour cette transplantation.
- Valeurs acceptables :

Codes — Type de donneur	
01	Cadavérique
12	Donneur domino

Programme organisant le prélèvement d'organes

- Inscrire le nom de l'organisme chargé de l'organisation du prélèvement des organes du donneur, (c'est-à-dire d'où vient le donneur).
- Pour les donneurs de l'extérieur du pays, le nom du pays suffit (p. ex. USA).
- Le nom du programme est converti en code numérique par le personnel du RCITO.

Numéro d'identification du donneur attribué par le programme de prélèvement

- Inscrire le numéro d'identification local de ce donneur par programme de prélèvement d'organes. Ce numéro est utilisé lors de la liaison de l'information sur le bénéficiaire avec celle du profil du donneur, et également lors d'une demande de clarification d'informations auprès du centre local (p. ex. si l'organe utilisé vient d'une autre province, le numéro d'identification original attribué par le programme de prélèvement **doit** être utilisé).

Donneur d'organe

- Indiquer s'il s'agit du poumon droit ou gauche ou coeur-poumons.

Nom de famille abrégé

- Inscrire les trois premières lettres du nom abrégé du donneur. Ainsi, on évitera les questions de confidentialité qui pourraient résulter de l'utilisation du nom complet.
- Grâce au nom abrégé, l'enregistrement du receveur peut être lié correctement avec celui du profil du donneur, particulièrement lorsque ce dernier provient de l'extérieur de la province.

Âge du donneur

- Inscrire l'âge du donneur.
- Échelle acceptable :

  Âge en **Années** pour les patients âgés de deux ans et plus (002 a 130)
  Âge en **Mois** pour les patients âgés de moins de 24 mois (001 a 023).
  Âge en **Jours** pour les patients âgés de moins de 30 jours (001 a 030).
  Nouveau-nés = 000

Sexe du donneur

- Inscrire le sexe biologique du donneur.
- Valeurs acceptables :

  H = Homme
  F = Femme
  A = Autre (transsexuel, hermaphrodite)

Profil HLA du donneur

HLA = antigène HLA, utilisé pour déterminer la comptabilité entre les donneurs et les receveurs dans certaines transplantations. Veuillez inscrire l'information pour les marqueurs suivants :

Profil HLA A du donneur

- Inscrire les loci HLA A1 et A2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Receveur HLA A.

Profil HLA B du donneur

- Inscrire les loci HLA B1 et B2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Receveur HLA B.

Profil HLA DR du donneur

- Inscrire les loci HLA DR1 et DR2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Receveur HLA DR.

Profil HLA DQ du donneur

- Inscrire les loci HLA DQ1 et DQ2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Receveur HLA DQ.

Section D — Résultats chez le receveur

Cette section recueille l'information sur le suivi du receveur, qui peut être disponible au même moment où la transplantation est enregistrée.

Les mises à jour sur le statut du patient relativement aux échecs de transplantations, aux décès et aux transferts des patients, seront recueillies annuellement, ou à intervalles durant l'année, en utilisant des listes informatiques sur lesquels les mises à jour peuvent être enregistrées.

Un centre peut également fournir des imprimés informatiques des échecs et des décès avec les causes y associées, de même que l'information sur les transferts des patients. Ces imprimés peuvent être remis au bureau du RCITO à intervalles déterminés, en utilisant les spécifications des données du RCITO.

Hôpital de suivi

- Inscrire le nom de l'autre hôpital où le patient receveur est suivi, le cas échéant.
- Fournir la date associée au transfert (Date de l'intervention).
- Cette procédure permet au personnel du RCITO d'envoyer toute demande ultérieure de renseignements sur le patient en question à l'hôpital de suivi afin que le patient soit suivi au cours de son traitement.

Statut du patient

- Indiquer si le patient est vivant, décédé ou si on est sans nouvelles de lui.
- Fournir la date associée au statut indiqué vivant en date du, etc.).

Si le receveur est décédé

Cause de décès

- Inscrire la date et la cause de décès.

- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
Génériques	
98	Inconnu/aucune réponse
00	Cause de décès incertaine ou indéterminé
Maladies cardiaques	
11	Ischémie myocardique ou infarctus
12	Hyperkaliémie
13	Péricardite hémorragique
14	Autres causes d'insuffisance cardiaque
15	Arrêt cardiaque de cause inconnue
16	Cardiopathie hypertensive décompensée
17	Hypokaliémie
18	Surcharge volémique
Maladies vasculaires	
21	Embolie pulmonaire
22	Accident cérébro-vasculaire
24	Hémorragie au niveau du greffon — préciser
25	Hémorragie à partir d'un accès vasculaire ou du circuit de dialyse
26	Rupture d'anévrisme vasculaire (autre que code 22-23)
27	Hémorragie d'origine chirurgicale (autre que codes 23-26) — préciser
28	Autre hémorragie (autre que codes 23-27) — préciser
55	Thrombose vasculaire
56	Sténose de la veine pulmonaire
57	Complication liée à l'extenseur/ballonnet de distension
Infections	
03	Infection bactérienne — préciser le siège
04	Infection virale — préciser le siège
05	Infection fongique — préciser le siège
06	Cytomégalovirus
07	Virus d'Epstein Barr
08	Pneumonie à Pneumocystis carinii (PCP)
09	Protozoose/Infection parasitaire (y compris toxoplasmose)
10	Infection de la plaie — préciser le siège
34	Infections ailleurs (sauf hépatite virale, voir 41–42)
35	Septicémie — préciser la source
36	Tuberculose (poumon)
37	Tuberculose (ailleurs)
38	Infection virale généralisée — préciser l'agent viral
39	Péritonite (pas le code 70)
Maladies rénales	
47	Néphropathie aiguë (patients non atteints d'insuffisance rénale)
48	Néphropathie chronique (patients non atteints d'insuffisance rénale)
61	Urémie due à l'échec de la transplantation rénale

Code	***Description***
Maladies hépatiques	
41	Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite B
42	Foie, atteinte hépatique causée par une autre hépatite virale
43	Foie, toxicité médicamenteuse — préciser le médicament
44	Cirrhose, d'origine non virale
45	Maladie kystique du foie
46	Insuffisance hépatique, cause inconnue
74	Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite C
Maladies gastro-intestinales	
02	Tumeur gastro-intestinale avec ou sans perforation
20	Gastro-entérite aiguë avec déshydratation
23	Hémorragie gastro-intestinale
29	Infarctus mésentérique
62	Pancréatite
68	Perforation d'ulcère gastro-duodénal
70	Sclérose péritonéale
72	Perforation colique
Sociales	
50	Abus des médicaments (exclut l'abus d'alcool)
51	Patient refusant de poursuivre le traitement
52	Suicide
53	Traitement cessé pour une autre raison
54	Abus d'alcool
Accidents	
81	Accident en rapport avec le traitement
82	Accident sans rapport avec le traitement
Divers	
30	Hypertension
40	Acidocétose diabétique
64	Cachexie
65	Inconnue
66	Néoplasie probablement induite par traitement immunosuppresseur — préciser le siège
67	Néoplasie sauf celle figurant au code 66 — préciser le siège
69	Démence
90	Insuffisance de plusieurs organes
99	Autre cause de décès identifiée — préciser
Maladies respiratoires	
19	Insuffisance respiratoire aiguë
31	Infection pulmonaire (bactérienne)
32	Infection pulmonaire (virale)
33	Infection pulmonaire (fongique)
49	Bronchiolite oblitérante

Décès à cause de l'échec de la transplantation

- Indiquer si le décès de ce patient peut être attribué à l'échec de la transplantation (p. ex. rejet) et remplir les champs de la date et de la cause de l'échec de la transplantation.
- Inscrire la date et la cause du décès pour ce patient. Voir les codes ci-dessus.

Date de l'échec de la transplantation

- Inscrire la date à laquelle l'organe transplanté a cessé de fonctionner d'une manière adéquate.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 26-JAN-1996).
- La date de l'échec doit être égale ou supérieure à celle de la transplantation.

Cause de l'échec de la transplantation

- Vérifier le code représentant la cause de l'échec de la transplantation (p. ex. code 64 pour rejet chronique).
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
00	Incertain/Inconnu
01	Rejet hyperaigu
11	Non-fonction primaire/blessure par réperfusion
18	Tumeur maligne récemment diagnostiquée
19	Maladie coronarienne
23	Thrombose du greffon
24	Bronchiolite oblitérante
25	Hypertension pulmonaire
28	Complications chirurgicales — non précisées
29	Complication des grosses voies aériennes
37	Syndrome de détresse respiratoire aiguë
63	Rejet aigu
64	Rejet chronique
67	Récidive de la maladie initiale
68	Combinaison de rejet et d'infection
69	Infection du greffon
99	Autre (préciser)

8. Inscription des receveurs de transplantations pancréatiques

Section A — Information sur le receveur

Nom et ville de l'hôpital où la transplantation a été effectuée

- Inscrire le nom et la ville de l'hôpital où la transplantation a été effectuée. La ville est requise pour différencier les hôpitaux du même nom dans différentes villes.
- Cette information est convertie en un code à 5 chiffres par l'ICIS. Si vous connaissez le code de l'ICIS attribué à votre hôpital, vous pouvez l'inscrire sur le formulaire au lieu du nom et de la ville de l'hôpital.

Nom du patient

- Inscrire le nom du patient ou nom de famille/dernier nom utilisé par le patient.
  Inscrire sans titre. Un trait d'union simple (p. ex. JEAN-TREMBLAY), une apostrophe (p. ex. O'HARA) ou un espace blanc (p. ex. VAN DUSEN) peuvent être inscrits.

Prénom et second prénom du patient

- Inscrire le prénom du patient, le nom de baptême, ainsi que le second prénom, le cas échéant, utilisé par le patient.
- Si le patient est souvent appelé par un sobriquet, veuillez l'indiquer entre parenthèses (p. ex. Elisabeth (Betty) Roy).
- Inscrire le nom de jeune fille (avant le mariage), ou l'ancien nom de famille de tout patient qui a changé son nom.

Nom antérieur du patient

- Inscrire le nom de jeune fille (avant le mariage) ou le nom antérieur de tout patient qui a changé de nom (p. ex. Elizabeth Roy était Elizabeth Bélanger auparavant, donc Bélanger serait inscrit).

Sexe

- Inscrire le sexe du patient.
- Valeurs acceptables :
  H = Homme
  F = Femme
  A = Autre (transsexuel, hermaphrodite)

Groupe sanguin

- Inscrire le groupe sanguin du patient.
- Valeurs acceptables :
  A
  B
  O
  AB
  I (Inconnu/aucune réponse)

Origine raciale

- Inscrire le code représentant l'origine raciale du patient.
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***	
01	Blanc/Caucasien	p. ex. Canadien français et les autres peuples d'ascendance européenne, australienne ou russe
02	Asiatique	p. ex. Chinois, Japonais, Vietnamien, Coréen, Taiwanais
03	Noir	p. ex. Africain, des Caraïbes, Sud-Américain, Cubain
05	Sous-continent indien	p. ex. peuples de l'Inde, du Pakistan et du Bangladesh
08	Îles du Pacifique	p. ex. Philippin
09	Autochtone	p. ex. Indien d'Amérique du Nord, Métis, Inuit
10	Moyen-Orient/Arabe	p. ex. peuples de l'Arabie saoudite, de l'Iran, de l'Iraq, de la Jordanie, de la Syrie, de l'Arménie, Algérie
98	Inconnu	
99	Autre/Multiraciale	

Codes en vigueur à partir du 1er janvier 2001			Anciens codes	
Blanc/Caucasien	01	→	Blanc	01
Asiatique	02	→	Asiatique	02
Noir	03	→	Noir	03
Sous-continent indien	05	→	Indien de l'Inde	05
Îles du Pacifique	08	→	Philippin	08
Autochtone	09	→	Indiens de l'Amérique du Nord et Inuit	04 & 07
Moyen-Orient/Arabe	10			
Inconnu	98	→	Inconnu	98
Autre/Multiraciale	99	→	Autre	99

Date de naissance

- Inscrire la date de naissance du patient. Format : JJ-MMM-AAAA (p. ex. 08-avr-1958).
- Ce champ est obligatoire pour l'identification correcte du patient.
- La plupart des analyses se font selon l'âge du patient.

Numéro d'assurance maladie

- Inscrire le numéro d'assurance maladie indiqué sur la carte santé du patient. Omettre les traits d'union, les espaces blancs et inclure le numéro de version, le cas échéant. (p. ex. 123123123M).
- Le numéro de carte santé aide à identifier le patient et à éviter les enregistrements des patients en double.
- Pour les résidents du Manitoba, veuillez utiliser le numéro personnel d'information sur la santé (NPIS).

Province émettrice de la carte

- Inscrire la province associée au numéro de la carte santé fournie.
- Le non de famille du patient
- Inscrire le nom du patient ou nom de famille/dernier nom utilisé par le patient. Inscrire sans titre.
- Un trait d'union simple (p. ex. JEAN-TREMBLAY), une apostrophe (p. ex. O'HARA) ou un espace blanc (p. ex. VAN DUSEN) peuvent être inscrits.
- Valeurs acceptables :

Code — Province émettrice de la carte	
AB	Alberta
BC	Colombie-Britannique
MB	Manitoba
NB	Nouveau-Brunswick
NL	Terre-Neuve-et-Labrador
NS	Nouvelle-Écosse
NT	Territoires du Nord-Ouest
NU	Nunavut
ON	Ontario
XX	Autre
PE	Île-du-Prince-Édouard
QC	Québec
SK	Saskatchewan
YT	Yukon
ZZ	Inconnue

Adresse du patient — ville

- Inscrire la ville de résidence habituelle du patient au moment de la transplantation. (Ne pas inclure une nouvelle résidence pour fins de traitement).
- Cette ville est utilisée pour fins de mappage de l'incidence.

Inscrire la province de résidence habituelle du patient au moment de la transplantation.

- Cette information est utilisée pour fins de mappage de l'incidence.
- Valeurs acceptables : Voir tableau des codes ci-dessus — Province émettrice de la carte

Code postal du patient

- Inscrire le code postal de l'adresse du patient au moment de la transplantation.
- Format : M3C 2T9.
- Cette information est utilisée pour déterminer la résidence des patients lors de l'incidence.

Taille du receveur

- Inscrire la taille du patient en centimètres au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables : cm (facteur de conversion : 1 pouce = 2,54 cm; 0,39 pouce = 1 cm).

Poids du receveur

- Inscrire le poids du patient en kilogrammes au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables : kg (facteur de conversion : 1 livre = 0,45 kg; 2,21 livres = 1 kg).

Section B — Information sur la transplantation

Information sur la liste d'attente

- Inscrire la date à la queue le patient a été mis sur la liste d'attente pour la premier fois pour cette transplantation.
- Format : JJ-MMM-AAAA (p. ex. 12-JAN-2000).

Date de la transplantation

- Inscrire la date à laquelle cette transplantation a été effectuée.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 12-JUN-1995).

Indicateur de transplantation pancréatique

- Cocher la case si une transplantation du coeur uniquement a été effectuée, y exclus tout autre organe à ce moment.
- S'il s'agit d'une transplantation multiple, cocher la case de transplantation multiple.

Indicateur de transplantation multiple

- Indiquer si plus d'un organe a été transplanté au cours de cette chirurgie, en cochant la case de transplantation multiple.

Indiquer les autres organes

- Inscrire les autres organes transplantés au cours de cette intervention de transplantation multiple.

Type du pancréas

- Inscrire le code représentant la source du pancréas.

- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
50	Pancréas entier
51	Segmentaire
52	Îlots de Langerhans
53	Drainage exocrine-entérique
54	Drainage exocrine-urinaire
55	Obstruction Wirsung avec polymère

Diagnostic initial

- Inscrire le code qui représente la cause principale de l'insuffisance organique. Un seul code est permis.
- Si aucun des codes ne correspond au diagnostic relevé, alors inscrire le code 99 et décrire l'état.
- Veuillez noter que seul le diagnostic au premier traitement est enregistré même si celui ci change au fil du temps (par exemple une deuxième ou troisième transplantation).
- Valeurs acceptables :

Code	***Diagnostic initial***
01	Pancréatite chronique
02	Diabètes de type 1
03	Pancréatectomie
04	Fibrose cystique
05	Traumatisme
06	Diabète de type 2
07	Cancer du pancréas
08	Cancer du caval cholédoque
99	Autre — préciser

Indicateur de retransplantation

- Cocher cette case s'il s'agit d'une retransplantation.
- Dans le cas d'une retransplantation, la base de données maintient le diagnostic principal de ce patient comme celui enregistré pour la première transplantation.
  La raison de l'échec de la transplantation antérieure est enregistrée comme étant la cause de l'échec.

Statut de sérologie du receveur

Hépatite BsAg

- Indiquer si le patient présente des antigènes associés à l'hépatite B au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Hépatite BcAb

- Indiquer si le patient présente des anticorps d'hépatite B (BcAb) au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Hépatite C

- Indiquer si le patient présente des anticorps d'hépatite C au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Virus d'Epstein Barr

- Indiquer si le patient présente des anticorps du virus d'Epstein Barr au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

VIH

- Indiquer si le patient présente des antigènes VIH au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

CMV

- Indiquer si le patient présente des anticorps de cytomégalovirus au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Taux actuel d'anticorps cytotoxiques (AB)

- Inscrire le pourcentage du taux cytotoxique d'anticorps circulants (PRA) au moment de la transplantation.
- Échelle acceptable : 0-100 %

Taux maximal d'anticorps cytotoxiques

- Inscrire le pourcentage le plus élevé du taux cytotoxique d'anticorps circulants (PRA) mesuré chez ce patient.
- Échelle acceptable : 0-100 %

Résultat de l'épreuve standard de comparabilité

- Indiquer si l'épreuve standard de compatibilité des lymphocytes T ou des lymphocytes circulants est positive ou négative à 22 ou 37 degrés Celcius.
- Valeurs acceptables :
  P = Positif
  N = Négatif
  I = Inconnu/aucune réponse

Profil HLA du receveur

HLA = antigène lymphocyte humain (marqueurs antigéniques utilisés pour déterminer la compatibilité entre les donneurs et les receveurs dans certaines transplantations.

Receveur HLA A

- Inscrire les loci HLA A1 et A2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
0001	A1
0002	A2
0203	A203
0210	A210
0003	A3
0009	A9
0010	A10
0011	A11
0019	A19
0023	A23(9)
0024	A24(9)
2403	A2403
0025	A25(10)
0026	A26(10)
0028	A28
0029	A29(19)
0030	A30(19)
0031	A31(19)
0032	A32(19)
0033	A33(19)

Code	***Description***
0034	A34(10)
0036	A36
0043	A43
0066	A66(10)
0068	A68(28)
0069	A69(28)
0074	A74(19)
0080	A80
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur HLA B

- Inscrire les loci HLA B1 et B2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
0005	B5
0007	B7
0703	B703
0008	B8
0012	B12
0013	B13
0014	B14
0015	B15
0016	B16
0017	B17
0018	B18
0021	B21
0022	B22
0027	B27
2708	B2708
0035	B35
0037	B37
0038	B38(16)
0039	B39(16)
3901	B3901
3902	B3902
0040	B40
4005	B4005

Code	***Description***
0041	B41
0042	B42
0044	B44(12)
0045	B45(12)
0046	B46
0047	B47
0048	B48
0049	B49(21)
0050	B50(21)
0051	B51(5)
5102	B5102
5103	B5103
0052	B52(5)
0053	B53
0054	B54(22)
0055	B55(22)
0056	B56(22)
0057	B57(17)
0058	B58(17)
0059	B59
0060	B60(40)
0061	B61(40)
0062	B62(15)
0063	B63(15)
0064	B64(14)
0065	B65(14)
0067	B67
0070	B70
0071	B71(70)
0072	B72(70)
0073	B73
0075	B75(15)
0076	B76(15)
0077	B77(15)
0078	B78
0081	B81
0004	BW4
0006	BW6
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur HLA DR

- Inscrire les loci HLA DR1 et DR2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes, si disponible.
- Enregistrer le numéro HLA le plus bas en premier, suivi du numéro le plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
0001	DR1
0103	DR103
0002	DR2
0003	DR3
0004	DR4
0005	DR5
0006	DR6
0007	DR7
0008	DR8
0009	DR9
0010	DR10
0011	DR11(5)
0012	DR12(5)
0013	DR13(6)
0014	DR14(6)
1403	DR1403
1404	DR1404
0015	DR15(2)
0016	DR16(2)
0017	DR17(3)
0018	DR18(3)
0051	DR51
0052	DR52
0053	DR53
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Receveur HLA DQ

- Inscrire les loci HLA DQ1 et DQ2 du patient.
- Veuillez utiliser l'information sur les divisions des antigènes si elle est disponible.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).

- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
0001	DQ1
0002	DQ2
0003	DQ3
0004	DQ4
0005	DQ5
0006	DQ6
0007	DQ7
0008	DQ8
0009	DQ9
9997	Typage effectué, pas d'antigène identifié
9998	Inconnu/Non disponible/Typage non effectué
9999	Autre — préciser

Numéro de la transplantation

- Inscrire le numéro séquentiel de transplantation du patient, par exemple, première, deuxième, troisième transplantation chez le patient.
- La plupart des analyses actuarielles de survie sont basées sur le numéro de la transplantation, par exemple, survie de la première transplantation du coeur.

Facteurs de risque — Pancréas

Maladie cardio-vasculaire

- Indiquer si ce patient souffrait d'une maladie cardio-vasculaire au moment de la transplantation.
- La cardiopathie ischémique est la présence antérieure d'un infarctus du myocarde, d'antécédents d'angine ou d'une évidence radiologique d'une coronaropathie importante (montrée par une échocardiographie à 2D, une scintigraphie au thallium ou une coronarographie).
- La cardiopathie valvulaire ou autre cardiopathie est la présence d'arythmie, de myocardiopathie, etc.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Insuffisance rénale

- Indiquer si ce patient souffrait d'une insuffisance rénale au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Maladie cérébro-vasculaire

- Indiquer si ce patient a eu un accident cérébro-vasculaire tel qu'un accident ischémique transitoire, un infarctus cérébral, une hémorragie cérébrale, un inctus ou un ACV avant cette transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Dialyse requise

- Indiquer si ce patient recevait un traitement à la dialyse au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Maladie vasculaire périphérique

- Indiquer si ce patient a été décrit comme ayant une claudication intermittente au repos ou à l'effort, ou a eu un pontage aortique fémoral, ou une amputation des orteils, des jambes inférieures, etc. avant cette transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Néphropathie diabétique

- Indiquer si ce patient présentait des signes de néphropathie diabétique au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Rétinopathie diabétique

- Indiquer si ce patient souffrait de rétinopathie diabétique au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Neuropathie diabétique

- Indiquer si ce patient souffrait de neuropathie diabétique au moment de la transplantation.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Diabète familial

- Indiquer si le diabète est présent chez la famille de ce patient.
- Valeurs acceptables :
  O = Oui
  N = Non
  I = Inconnu/aucune réponse

Nombre d'années d'insulin-dépendance

- Inscrire le nombre d'années pendant lesquelles ce patient était sous insuline avant cette transplantation.
- Valeurs acceptables : 0–99, espace vide

Durée d'ischémie chaude

- Inscrire la durée en minutes entre la clampage des vaisseaux majeurs (habituellement l'aorte) ou le temps de l'arrêt cardiaque, et le début de l'irrigation.
- Inscrire 0 pour la perfusion in situ.
- Échelle acceptable : 0 à 99 minutes.

Durée d'ischémie réchauffement

- Inscrire la durée en minutes entre le retrait de l'organe du stockage frigorifique et l'enlèvement des clamps chez le receveur, permettant le débit sanguin.
- Aussi appelé temps de re-perfusion ou temps d'anastomose.
- Échelle acceptable : 15 à 60 minutes.

Durée d'ischémie froide

- Inscrire la durée en minutes du début du refroidissement (y inclus le refroidissement in situ) et le retrait de l'organe du stockage frigorifique).
- Échelle acceptable : 15 à 720 minutes (12 heures).

Section C — Information sur le donneur

L'information sur le nom de famille abrégé, le type du donneur, âge et le sexe du donneur sert à lier les renseignements sur le receveur et du donneur selon l'organisation de don des organes qui fournit le profil complet du donneur. Seuls ces champs doivent être remplis dans les formulaires de transplantation destines aux donneurs locaux puisqu'une information complète est disponible sur les formulaires du profil des donneur.

Dans le cas d'une transplantation de donneur vivant apparenté, veuillez cocher la case donneur vivant et compléter un profil de donneur vivant. Ce formulaire devrait être attaché au formulaire du receveur de transplantation avant d'être envoyé au RCITO.

Type de donneur

- Inscrire le code représentant le type de donneur pour cette transplantation.
- Valeurs acceptables :

Codes — Type de donneur	
01	Cadavérique
12	Donneur domino

Programme organisant le prélèvement d'organes

- Inscrire le nom de l'organisme chargé de l'organisation du prélèvement des organes du donneur, (c'est-à-dire d'où vient le donneur).
- Pour les donneurs de l'extérieur du pays, le nom du pays suffit (p. ex. USA).
- Le nom du programme est converti en code numérique par le personnel du RCITO.

Numéro d'identification du donneur attribué par le programme de prélèvement

- Inscrire le numéro d'identification local de ce donneur par programme de prélèvement d'organes. Ce numéro est utilisé lors de la liaison de l'information sur le bénéficiaire avec celle du profil du donneur, et également lors d'une demande de clarification d'informations auprès du centre local (p. ex. si l'organe utilisé vient d'une autre province, le numéro d'identification original attribué par le programme de prélèvement **doit** être utilisé).

Nom de famille abrégé

- Inscrire les trois premières lettres du nom abrégé du donneur. Ainsi, on évitera les questions de confidentialité qui pourraient résulter de l'utilisation du nom complet.
- Grâce au nom abrégé, l'enregistrement du receveur peut être lié correctement avec celui du profil du donneur, particulièrement lorsque ce dernier provient de l'extérieur de la province.

Âge du donneur

- Inscrire l'âge du donneur.
- Échelle acceptable :

  Âge en **Années** pour les patients âgés de deux ans et plus (002 a 130)
  Âge en **Mois** pour les patients âgés de moins de 24 mois (001 a 023).
  Âge en **Jours** pour les patients âgés de moins de 30 jours (001 a 030).
  Nouveau-nés = 000

Sexe du donneur

- Inscrire le sexe biologique du donneur.
- Valeurs acceptables :

  H = Homme
  F = Femme
  A = Autre (transsexuel, hermaphrodite)

Profil HLA du donneur

HLA = antigène HLA, utilisé pour déterminer la comptabilité entre les donneurs et les receveurs dans certaines transplantations. Veuillez inscrire l'information pour les marqueurs suivants :

Profil HLA A du donneur

- Inscrire les loci HLA A1 et A2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau ci-dessus — Receveur HLA A.

Profil HLA B du donneur

- Inscrire les loci HLA B1 et B2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau ci-dessus — Receveur HLA B.

Profil HLA DR du donneur

- Inscrire les loci HLA DR1 et DR2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau ci-dessus — Receveur HLA DR.

Profil HLA DQ du donneur

- Inscrire les loci HLA DQ1 et DQ2 du donneur.
- Si l'information sur les divisions des antigènes est disponible veuillez l'utiliser.
- Enregistrer le numéro du HLA en commençant du plus bas au plus élevé (ceci aide à la vérification informatique).
- Valeurs acceptables : Voir tableau ci-dessus — Receveur HLA DQ.

Section D — Résultats chez le receveur

Cette section recueille l'information sur le suivi du receveur, qui peut être disponible au même moment où la transplantation est enregistrée.

Les mises à jour sur le statut du patient relativement aux échecs de transplantations, aux décès et aux transferts des patients, seront recueillies annuellement, ou à intervalles durant l'année, en utilisant des listes informatiques sur lesquels les mises à jour peuvent être enregistrées.

Un centre peut également fournir des imprimés informatiques des échecs et des décès avec les causes y associées, de même que l'information sur les transferts des patients. Ces imprimés peuvent être remis au bureau du RCITO à intervalles déterminés, en utilisant les spécifications des données du RCITO.

Hôpital de suivi

- Inscrire le nom de l'autre hôpital où le patient receveur est suivi, le cas échéant.
- Fournir la date associée au transfert (Date de l'intervention).
- Cette procédure permet au personnel du RCITO d'envoyer toute demande ultérieure de renseignements sur le patient en question à l'hôpital de suivi afin que le patient soit suivi au cours de son traitement.

Administration d'insuline

- Indiquer si le patient nécessitait l'administration de l'insuline après cette transplantation.
- Valeurs acceptables :

  O = Oui
  N = Non

Statut du patient

- Indiquer si le patient est vivant, décédé ou si on est sans nouvelles de lui.
- Fournir la date associée au statut indiqué vivant en date du, etc.).
- Format: JJ-MMM-AAAA

Cause de décès

- Indiquer la date et la cause de décès de ce patient.
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
Génériques	
98	Inconnu/aucune réponse
00	Cause de décès incertaine ou indéterminé
01	Décès à cause de l'échec de la transplantation
Maladies cardiaques	
11	Ischémie myocardique ou infarctus
12	Hyperkaliémie
13	Péricardite hémorragique
14	Autres causes d'insuffisance cardiaque
15	Arrêt cardiaque de cause inconnue
16	Cardiopathie hypertensive décompensée
17	Hypokaliémie
18	Surcharge volémique
Maladies vasculaires	
21	Embolie pulmonaire
22	Accident cérébro-vasculaire
24	Hémorragie au niveau du greffon — préciser
25	Hémorragie à partir d'un accès vasculaire ou du circuit de dialyse
26	Rupture d'anévrisme vasculaire (autre que codes 22-23)
27	Hémorragie d'origine chirurgicale (autre que codes 23-26) — préciser
28	Autre hémorragie (autre que codes 23-27) — préciser
55	Thrombose vasculaire
56	Sténose de la veine pulmonaire
57	Complication liée à l'extenseur/ballonnet de distension
Infections	
03	Infection bactérienne — préciser le siège
04	Infection virale — préciser le siège
05	Infection fongique — préciser le siège
06	Cytomégalovirus
07	Virus d'Epstein Barr
08	Pneumonie a Pneumocystis carinii (PCP)
09	Protozoose/Infection parasitaire (y compris toxoplasmose)
10	Infection de la plaie — préciser le siège
34	Infections ailleurs (sauf hépatite virale, voir 41-42)
35	Septicémie — préciser la source
36	Tuberculose (poumon)

Code	***Description***
37	Tuberculose (ailleurs)
38	Infection virale généralisée — préciser l'agent viral
39	Péritonite (pas le code 70)
Maladies rénales	
47	Néphropathie aiguë (patients non atteints d'insuffisance rénale)
48	Néphropathie chronique (patients non atteints d'insuffisance rénale)
61	Urémie secibdaure à l'insuffisance du rein transplanté
Maladies hépatiques	
41	Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite B
42	Foie, atteinte hépatique causée par une autre hépatite virale
43	Foie, toxicité médicamenteuse — préciser le médicament
44	Cirrhose, d'origine non virale
45	Maladie kystique du foie
46	Insuffisance hépatique, cause inconnue
74	Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite C
Maladies gastro-intestinales	
02	Tumeur gastro-intestinal avec ou sans perforation
20	Gastro-entérite aiguë avec déshydratation
23	Hémorragie gastro-intestinale
29	Infarctus mésentérique
62	Pancréatite
68	Perforation d'ulcère gastro-duodénal
70	Sclérose péritonéale
72	Perforation colique
Sociales	
50	Abus des médicaments (exclut l'abus d'alcool)
51	Patient refusant de poursuivre le traitement
52	Suicide
53	Traitement cessé pour une autre raison
54	Abus d'alcool
Accidents	
81	Accident en rapport avec le traitement
82	Accident sans rapport avec le traitement
Divers	
30	Hypertension
40	Acidocétose diabétique
64	Cachexie
66	Néoplasie probablement induite par traitement immunosuppresseur — préciser le siège
67	Néoplasie sauf celle figurant au code 66 — préciser le siège
69	Démence
90	Insuffisance de plusieurs organes
99	Autre cause de décès identifiée — préciser
Maladies respiratoires	
19	Insuffisance respiratoire aiguë
31	Infection pulmonaire (bactérienne)
32	Infection pulmonaire (virale)

Code	***Description***
33	Infection pulmonaire (fongique)
49	Bronchiolite oblitérante
Maladie métaboliques	
59	Toxicité due à la drogue — préciser la drogue
Maladies hématologiques	
63	Hypoplasie médullaire
71	Thrombopénie
73	Thrombose — préciser
Maladies neurologiques	
75	Neurotoxicité médicamenteuse — préciser le médicament
76	État de mal épileptique
77	Infection neurologique — préciser l'agent infectieux

Décès à cause de l'échec de la transplantation

- Indiquer si le décès de ce patient peut être attribué à l'échec de la transplantation (p. ex. rejet) et remplir les champs de la date et de la cause de l'échec de la transplantation.
- Inscrire la date et la cause de décès pour ce patient. Voir les codes ci-dessus.

Date de l'échec de la transplantation

- Inscrire la date à laquelle l'organe transplanté a cessé de fonctionner d'une manière adéquate.
- Format: JJ-MMM-AAAA (p. ex. 26-JAN-1996).
- La date de l'échec doit être égale ou supérieure à celle de la transplantation.

Cause de l'échec de la transplantation

- Vérifier le code représentant la cause de l'échec de la transplantation (p. ex. Code 64 pour rejet chronique).
- Ce code ne figure pas dans le tableau des codes « Causes de décès »
- Des formulaires de transplantation.
- Valeurs acceptables :

Code	***Description***
00	Incertain/Inconnu
01	Rejet hyperaigu
11	Non-fonction primaire
18	Tumeur maligne récemment diagnostiquée
20	Pancréatite
23	Thrombose du greffon
28	Complications chirurgicales — non spécifiées
63	Rejet aigu
64	Rejet chronique
67	Récidive de la maladie initiale
68	Combinaison de rejet et d'infection
69	Infection du greffon
99	Autre cause de l'échec da la transplantation (préciser)

Annexe A

Centres de transplantation participants

Symboles

Rén. = Transplantations rénales
Hép. = Transplantations hépatiques
Car. = Transplantations cardiaques
C./P. = Transplantations coeur/poumon
Pou. = Transplantations pulmonaires
Rén./Pan. = Transplantations rénales et pancréatiques
Pan. = Transplantations pancréatiques
Int. = Transplantations intestinales
Fipe = Foie, intestin, pancréas, estomac

Code d'hôpital	Institution	Symbole
20085	Queen Elizabeth II Health Sciences Centre 1278 Tower Road, Victoria Building Halifax (Nouvelle-Écosse) B3H 2Y9	Rén., Car., Rén./Pan., Pan.
20086	IWK Grace Health Centre for Children, Women & Families 5850/5980 University Ave., P.O. Box 3070 Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3G9	Rén.
40003	Royal Victoria Hospital 687 Pine Avenue West Montréal (Québec) H3A 1A1	Rén., Hép., Car.,C./P., Rén./Pan., Pan.
40006	Hôpital des enfants de Montréal 2300, rue Tupper Montréal (Québec) H3H 1P3	Rén.
40070	C. H. Universitaire de Sherbrooke – Hôpital Fleurimont 3000, 12e avenue nord Fleurimont (Québec) J1H 5N4	Rén.
40115	Hôpital Laval 2725, chemin Sainte-Foy Sainte-Foy (Québec) G1V 4G5	Car.

Code d'hôpital	**Institution**	**Symbole**
40118	Hôpital Maisoneuve-Rosemont 5415, boulevard de l'Assomption Montréal (Québec) H1T 2M4	Rén.
40120	C.H. de l'université de Montréal-Notre-Dame 1560, rue Sherbrooke est Montréal (Québec) H2L 4M1	Rén., Car., Pou., C./P., Rén./Pan., Pan.
40130	C.H. de l'université de Montréal – St-Luc 1058, rue Saint-Denis Montréal (Québec) H2X 3J4	Hép.
40135	Hôpital Ste-Justine 3175, chemin Côte Ste-Catherine Montréal (Québec) H3T 1C5	Rén., Hép., Car.
40142	C.H. universitaire de Québec Hôtel Dieu de Québec 11, Côte du Palais Québec (Québec) G1R 2J6	Rén.
40149	Institut de Cardiologie de Montréal 5000, rue Bélanger est Montréal (Québec) H1T 1C8	Car.
51100	Kingston General Hospital 76 Stuart Street Kingston (Ontario) K7M 2V7	Rén.
51406	Hospital for Sick Children 555 University Ave. Toronto (Ontario) M5G 1X8	Rén., Hép., Car., Pou., Int., Fipe

Code de l'hôpital	**Institution**	**Symbole**
51444	St. Michael's Hospital 30 Bond Street Toronto (Ontario) M5B 1W8	Rén.
52003	St. Joseph's Health Care System 50 Charlton Avenue East Hamilton (Ontario) L8N 4A6	Rén.
53850	London Health Sciences Centre — University Campus, South Street Campus 339 Windermere Road London (Ontario) N6A 5A5	Rén., Hép., Car., Pan, Int., Fipe
53910	University Health Network — Toronto Hospital Corp. 200 Elizabeth Street Toronto (Ontario) M5G 2C4	Rén., Hép., Car., C./P., Pou., Rén./Pan., Fipe
54051	Hôpital d'Ottawa Campus Général 501, chemin Smythe Ottawa (Ontario) K1H 8L6	Rén.
54164	Université d'Ottawa Institut de cardiologie 40, rue Ruskin Ottawa (Ontario) K1Y 4W7	Car.
60016	Health Sciences Centre 820 Sherbrook Street Winnipeg (Manitoba) R3A 1R9	Rén., Pou.
70141	St. Paul's Hospital 1702 – 20th Street West Saskatoon (Saskatchewan) S7M 0Z9	Rén.

Code de l'hôpital	**Institution**	**Symbole**
80016	Foothills Medical Centre- Calgary Regional Health Authority 1403 29th Street North West Calgary (Alberta) T2N 2T9	Rén., Rén/Pan.
80044	University of Alberta Hospital - Edmonton Regional Health Authority 8440 – 112th Street Edmonton (Alberta) T6G 2B7	Rén., Hép., Car., C./P., Pou., Pan. Rén/Pan., ilôts pancréatiques
90101	Vancouver Hospital and Health Sciences Centre 855 West 12th Street Vancouver (Colombie-Britannique) V5Z 1M9	Rén., Hép., Pou., Rén./Pan., ilôts pancréatiques
90102	St. Paul's Hospital 1081 Burrard Street Vancouver (Colombie-Britannique) V6Z 1Y6	Rén., Car.
90105	BC Children's Hospital 4480 Oak Street Vancouver (Colombie-Britannique) V6H 3V4	Rén.

Annexe B

Organismes chargés de l'acheminement des organes au Canada

Organismes chargés de l'acheminement des organes au Canada

Terre-Neuve-et-Labrador
Organ Procurement and Exchange of Newfoundland and Labrador (O.P.E.N. Program)
Health Sciences Centre
Prince Phillip Parkway
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador)
A1B 3V6

Nouveau-Brunswick
Programme de dons d'organes et de tissus du Nouveau-Brunswick
Santé et Mieux-être Services hospitaliers
C.P. 510
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5G8
http://www.gnb.ca/0217/organ-f.asp

Nouvelle-Écosse
Multi-Organ Transplant Program
Queen Elizabeth II Health Sciences Centre
Mackenzie Building
5788 University Avenue
Halifax (Nouvelle-Écosse)
B3H 1V7
http://www.qe2-hsc.ns.ca/transplant

Québec — Bureau de Montréal
Québec Transplant
4200, boulevard St-Laurent
Montréal (Québec)
H2W 2R2
http://www.quebec-transplant.qc.ca

Québec — Bureau de Québec
Québec Transplant
2601 de la Canardiere
Beauport (Québec)
G1J 2G3

Ontario

Trillium Gift of Life Network
155, avenue University, Bureau 1440
Toronto (Ontario) M5H 3B7
http://www.giftoflife.on.ca

Multi-organ Transplant Program
Kingston General Hospital
76 Stuart Street
Kingston (Ontario)
K7L 2V7

Multi-organ Transplant Program
Toronto General Hospital
200, rue Elizabeth
Toronto (Ontario)
M5G 2C4

Multi-organ Transplant Program
Hospital for Sick Children
555, avenue University
Toronto (Ontario)
M5G 1X8

Hôpital d'Ottawa
Centre d'acheminement d'organe
501, chemin Smythe
Ottawa (Ontario)
K1H 8L6

Multi-organ Transplant Program
St. Michael's Hospital
61, rue Queen Est
Toronto (Ontario)
M5C 2T2

Multi-organ Transplant Program
London Health Sciences Centre
University & South Street Campuses
339, chemin Windermere, C.P. Box 5339
London (Ontario)
N6A 5A5

Université d'Ottawa
Institut de cardiologie
40, rue Ruskin
Ottawa (Ontario)
K1Y 4W7

St. Joseph's Hospital Renal Transplant London Health Sciences Centre
St. Joseph's Health Care System
50, avenue Charlton Est
Hamilton (Ontario)
L8N 1Y4

Manitoba

Health Sciences Centre
820, rue Sherbrooke, Pièce GE441
Winnipeg (Manitoba)
R3A 1R9

Saskatchewan

The Saskatchewan Transplant Program
Royal University Hospital
108, chemin Hospital, C.P. 86
Saskatoon (Saskatchewan)
S7N 0W8

Alberta
HOPE Program — Calgary
Foothills Medical Centre
1403 29th Street North West
Calgary (Alberta)
T2N 2T9
http://www.crha-health.ab.ca/hlthconn/items/orgtiss.htm

HOPE Program — Edmonton
University of Alberta Hospital
8440-112th Street
Edmonton (Alberta)
T6G 2B7

Colombie-Britannique
British Columbia Transplant Society (BCTS)
3rd Floor, West Tower
555 West 12th Avenue
Vancouver (Colombie-Britannique)
V5Z 3X7
http://www.transplant.bc.ca

Annexe C

Formulaires pour la collecte des données

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
Profil des donneurs cadavériques

ENVOYER LES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS À :
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO)
Institut canadien d'information sur la santé
90, avenue Eglinton Est, bureau 300
Toronto (Ont.) M4P 2Y3
Tél. : (416) 481-2002/téléc. : (416) 481-2950

Instructions :
À remplir pour toutes les références, les donneurs potentiels et réels

Définitions :
RÉFÉRENCE TÉLÉPHONIQUE – Première communication entre le centre de don d'organes et le coordonnateur pour établir si l'organe convient. Tous les appels sont considérés comme étant des référence téléphoniques.

DONNEUR POTENTIEL : Un appel qui a répondu aux critères généraux d'acceptation pour le don d'organes.

DONNEUR RÉEL : Un donneur d'organe potentiel dont au moins un organe a été prélevé et transplanté.

SECTION A — RÉFÉRENCE TÉLÉPHONIQUE/INFORMATION SUR LE DONNEUR

Fournir tous les renseignements disponibles sur les donneurs d'organes recommandés.
Programme chargé du prélèvement de l'organe (une seule réponse).

01 ☐ Halifax, N.-É. 09 ☐ St.John, N.-B. 10 ☐ St.John's, T.-N.-L.
07 ☐ Montréal, Qc 13 ☐ Québec, Qc 02 ☐ Hamilton, Ont.
05 ☐ London, Ont. 11 ☐ Ottawa, Ont. 15 ☐ Kingston, Ont.
16 ☐ Toronto, Ont. 06 ☐ Winnipeg, Man. 14 ☐ Saskatoon, Sask.
17 ☐ Regina, Sask. 03 ☐ Calgary, Alb. 04 ☐ Edmonton, Alb.
12 ☐ Vancouver, C.-B. 99 ☐ Autre _____

N° du donneur attribué par le programme de prélèvement _____

Nom de famille abrégé _____
(inscrire les 3 premières lettres du nom de famille du donneur)

Province ou État de résidence _____

Pays de résidence _____

Référence téléphonique acceptée Oui ☐ Non ☐

Si non, indiquer la raison (voir les codes à droite) et remplir les sections A et B seulement _____

Consentement de la famille obtenu Oui ☐ Non ☐

Mort cérébrale attestée Oui ☐ Non ☐

Pas de battement du cœur Oui ☐ Non ☐ Inconnu ☐

Âge Ans : (002-130)_____ Nombre de mois : (001-023) _____

Nombre de jour: (001-030) _____ Nouveau-né: (000) _____

Province ou État du décès _____

Pays du décès _____

Sexe ☐ homme ☐ femme ☐ autre (transsexuel, hermaphrodite)

Groupe sanguin ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ I

Origine raciale

01 ☐ Caucasien 02 ☐ Asiatique 03 ☐ Noir 05 ☐ Sous-continent indien
08 ☐ Îles du Pacifique 09 ☐ Autochtone 10 ☐ Moyen-Orient/Arabe
98 ☐ Inconnu 99 ☐ Autre/Multiracial _____

CODES — Raisons pour lesquelles les organes n'ont pas été utilisés

03	Logistique de l'équipe/du centre (questions relatives aux ressources de l'équipe, de l'hôpital ou en transplantation)	10	Consentement demandé et refusé
04	Raisons médicales (stabilité, infection, etc.)	98	Inconnue/non disponible
07	Consentement non demandé	99	Autre raison (préciser)
08	Mort cérébrale non attestée		_____
09	Refus du médecin examinateur		

Taille et poids du donneur (pour les donneurs réels seulement)

Taille du donneur ☐☐☐•☐☐☐ (cm)

Poids du donneur ☐☐☐•☐☐☐ (kg)

(Facteurs de conversion : 1 pouce = 2,54 cm; 1lb = 0,45 kg)

Cause de décès du donneur (pour les donneurs réels seulement)
(Inscrire des détails plus spécifiques, le cas échéant, p. ex. le type de drogue dans le cas d'une surdose ou la cause du traumatisme.)

01 ☐ Anoxie/Hypoxie 02 ☐ AVC (accident vasculaire cérébral)
03 ☐ Traumatisme (non dû à un accident de la circulation) Préciser : _____
04 ☐ Accident de la circulation
05 ☐ Surdose Préciser : _____
06 ☐ Tumeur primaire du système nerveux central
07 ☐ Rupture d'anévrisme cérébral 08 ☐ Hémorragie cérébrale spontanée
09 ☐ Blessure par balle
10 ☐ Accident cérébral Préciser : _____
11 ☐ Infection du système nerveux central 12 ☐ Empoisonnement au monoxyde de carbone
13 ☐ Oedème cérébral 14 ☐ Asthme, non précisé
15 ☐ MSN (mort subite du nourrisson)
99 ☐ Autre Préciser : _____

SECTION B — INFORMATION SUR L'HÔPITAL (Si la référence téléphonique n'a pas été acceptée, le consentement n'a pas été donné ou aucun organe n'a été prélevé, inscrire l'hôpital initial et la date d'admission seulement.)

Hôpital initial _____ Date d'admission (JJ/MMM/AAAA) |__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__|

Date de la mort cérébrale (JJ/MMM/AAAA) |__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| Heure de la mort cérébrale (HH/MM) |__|__|/|__|__|

Hôpital où les organes ont été prélevés _____

Date du clampage (JJ/MMM/AAAA) |__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| (La date du clampage est la même que la date du prélèvement d'organe.)
Heure du clampage (HH/MM) |__|__|/|__|__|

N° du donneur _____

SECTION C — SÉROLOGIE ET FACTEURS RISQUE (pour les donneurs réels seulement)

Statut du donneur (cocher ceux qui s'appliquent en répondant : P = Positif, N = Négatif, I = Inconnu)

Hépatite BsAg	P☐	N☐	I☐	Virus d'Epstein Barr	P☐	N☐	I☐
Hépatite BcAb	P☐	N☐	I☐	VIH	P☐	N☐	I☐
Hépatite C	P☐	N☐	I☐	CMV	P☐	N☐	I☐
HTLV (virus du lymphome humain à cellules T, type II)					P☐	N☐	I☐

Profil HLA du donneur A____ ____ B____ ____ DR____ ____ DQ____ ____

Facteurs de risque du donneur (cocher une des valeurs acceptables, soit O = Oui, N = Non ou I = Inconnu)

Fumeur	O☐	N☐	I☐	Diabète	O☐	N☐	I☐
Hypertension	O☐	N☐	I☐	Hyperlipidémie	O☐	N☐	I☐
Coronaropathie	O☐	N☐	I☐				

SECTION D—INFORMATION SPÉCIFIQUE SUR LES ORGANES – (Remplir ce qui suit dans le cas des donneurs de cœur seulement)

Inotropes au moment du prélèvement (Préciser le(s) médicament(s) et la dose) :

☐ Digoxine ->	☐ dose élevée	☐ Dobutamine ->	☐ dose élevée	☐ Dopamine ->	☐ dose élevée
☐ Amrinone ->	☐ dose élevée	☐ Milrinone ->	☐ dose élevée	☐ Épinéphrine ->	☐ dose élevée
☐ Noradrénaline -->	☐ dose élevée	☐ Isoprotérénol ->	☐ dose élevée	☐ Phenylephrine ->	☐ dose élevée

☐ Vasopressine -> ☐ dose élevée ☐ Autre (préciser): _____ -> ☐ dose élevée

Échocardiographie :	☐ Pas faite	☐ Faite. Si faite, cocher :	☐ Fonction normale	☐ Fonction anormale	☐ Inconnu
ECG :	☐ Pas faite	☐ Faite. Si faite, cocher :	☐ Normale	☐ Anormale	☐ Inconnu
Coronarographie :	☐ Pas faite	☐ Faite. Si faite, cocher :	☐ Normale	☐ Anormale	☐ Inconnu

SECTION E — INFORMATION SPÉCIFIQUE SUR LES ORGANES

(Répondre pour tous les organes.)

Organe(s) prélevé(s) ☐ Oui ☐ Non Si non, indiquer la raison _____

CODES — Raisons pour lesquelles les organes n'ont pas été utilisés

01	Pas de consentement pour un organe en particulier	04	Raisons médicales (stabilité, infection, etc.)
02	Pas de receveur (pas de receveur convenablement apparié)	98	Inconnue/non disponible
03	Logistique de l'équipe/du centre (questions relatives aux ressources de l'équipe, de l'hôpital ou en transplantation)	99	Autre raison (préciser) _____

Organe du donneur	**Prélevé**		**Transplanté**		**Raisons de la non-transplantation (codes ci-dessus)**	**Organe envoyé à : (indiquer l'hôpital ou le programme)**	**Nom du receveur (si connu)**
Double reins/en bloc	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Rein dr.	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Rein ga.	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Cœur	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Foie (organe entier)	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Foie (lobe dr.)	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Foie (lobe ga.)	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Foie (segmentaire)	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Pancréas — entier	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Pancréas — segment	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Pancréas — ilôts pancréatiques	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Coeur-poumons	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Deux poumons	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Poumon dr.	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Poumon ga.	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Intestins	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Fipe (foie, petit intestin, pancréas, estomac)	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			
Autre multi-organe en bloc prélevé (préciser l'organe):_____	☐Oui	☐Non	☐Oui	☐Non			

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
Formulaire d'inscription des receveurs de transplantations cardiaques

ENVOYER LES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS À :
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO)
Institut canadien d'information sur la santé
90, avenue Eglinton Est, bureau 300
Toronto (Ont.) M4P 2Y3
Tél. : (416) 481-2002/téléc. : (416) 481-2950

SECTION A — INFORMATION SUR LE RECEVEUR

Hôpital où la greffe a été effectuée _____
NOM ET VILLE

Nom _____

Prénom/second prénom_ _____

Nom antérieur _____

Sexe ☐ homme ☐ femme ☐ autre

Groupe sanguin ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ I

Origine raciale

01 ☐ Caucasien 02 ☐ Asiatique 03 ☐ Noir 05 ☐ Sous-continent indien

08 ☐ Îles du Pacifique 09 ☐ Autochtone 10 ☐ Moyen-Orient/Arabe

98 ☐ Inconnu 99 ☐ Autre/Multiracial (préciser) _____

Date de naissance |__|__|/|__|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

N° d'assurance maladie _____

Province émettrice de la carte _____

Addresse (ville) _____

Province _____ Code Postal _____

Taille et poids du receveur (Au moment de la transplantation)

Taille du receveur ☐☐☐•☐☐☐ (cm)

(facteurs de conversion : 1 pouce = 2,54 cm)

Poids du receveur ☐☐☐•☐☐☐ (kg)

(facteurs de conversion : 1 livre = 0,45 kg)

SECTION B — INFORMATION SUR LA TRANSPLANTATION

Information – liste d'attente :

Date à laquelle le patient a été mis pour la première fois sur la liste d'attente : (pour cette transplantation)

|__|__|__|/|__|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Statut médical lorsque le patient a été mis pour la première fois sur la liste d'attente (une seule réponse)

08 ☐ Statut 1 (à domicile)

04 ☐ Statut 2 (hospitalisé)

13 ☐ Statut 3A — Hospitalisé à l'USI ou inotropes ou âgé de moins de 6 mois

14 ☐ Statut 3B — Hospitalisé à l'USI ou inotropes ou âgé de moins de 6 mois avec détérioration rapide

06 ☐ Statut 4 — USI – Soutien mécanique/ventilatoire

15 ☐ In utero

SECTION B— INFORMATION SUR LA TRANSPLANTATION (SUITE)

Date d'inscription sur la liste finale

|__|__|__|/|__|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

(Inscrire la date si elle diffère de la date d'inscription sur la liste initiale)

Statut médical au moment de la transplantation (une seule réponse)

08 ☐ Statut 1 (à domicile)

04 ☐ Statut 2 (hospitalisé)

13 ☐ Statut 3A — Hospitalisé à l'USI ou inotropes ou âgé de moins de 6 mois

14 ☐ Statut 3B — Hospitalisé à l'USI ou inotropes ou âgé de moins de 6 mois avec détérioration rapide

06 ☐ Statut 4 — USI — Soutien mécanique/ventilatoire

Date de transplantation |__|__|__|/|__|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

☐ Transplantation du coeur seulement OU ☐ Transplantation multiple

Indiquer le ou les autres organes _____

(remplir la section B du formulaire qui s'applique à l'autre organe)

Diagnostic initial (veuillez cocher une mention)

32 ☐ Cardiomyopathie

29 ☐ Cardiomyopathie dilatée

- 01 ☐ Idiopathique
- 30 ☐ Autre dilatée (préciser)
- 33 ☐ Cardiomyopathie métabolique/génétique
- 34 ☐ Cardiomyopathie associée à la dystrophie musculaire
- 35 ☐ Cardiomyopathie provoquée par des médicaments (chimiothérapie)

12 ☐ Cardiomyopathie restrictive

31 ☐ Cardiomyopathie hypertrophique

24 ☐ Myocardite

07 ☐ Maladie de l'artère coronaire (cardiomyopathie ischémique)

04 ☐ Maladie cardiaque valvulaire

23 ☐ Infarctus aigu du myocarde

15 ☐ Maladie cardiaque congénitale (veuilliez specifier)_____

36 ☐ Troubles métaboliques

37 ☐ Tumeur cardiaque

38 ☐ Arythmie réfractive

39 ☐ Dystrophie musculaire

99 ☐ Autre (préciser)_____

☐ Retransplantation

Nom _____ *Prénom/second prénom* _____

SECTION B — INFORMATION SUR LA TRANSPLANTATION (SUITE)

Statut du receveur
(cocher ceux qui s'appliquent en répondant : P = Positif, N = Négatif, I = Inconnu)

Hépatite BsAg	P☐	N☐	I☐	Virus d'Epstein Barr	P☐	N☐	I☐
Hépatite BcAb	P☐	N☐	I☐	VIH	P☐	N☐	I☐
Hépatite C	P☐	N☐	I☐	CMV	P☐	N☐	I☐

Taux actuel d'anticorps cytotoxiques _____ % Taux d'anticorps maximal _____ %

RVP : Réactif ☐ ☐ Non réactif ☐

RVP (unité de Woods) : <4 ☐ 4-6 ☐ >6 ☐ Non fait ☐

Épreuve standard de compatibilité croisée P ☐ N ☐ I ☐

* Profil HLA du receveur A ___ ___ B ___ ___ DR___ ___ DQ___ ___

*Nota : Le RCITO enregistre le numéro HLA le plus bas en premier.

Greffe n° : _____ Greffe hétérotopique O ☐ N ☐ I ☐

Antécédents au moment de la greffe

(cocher une des valeurs acceptables, soit : O = Oui, N = Non, I = Inconnu)

Dysfonction rénale	O☐	N☐	I☐	Dysfonction hépatique	O☐	N☐	I☐
Diabète, type 1	O☐	N☐	I☐	Diabète, type 2	O☐	N☐	I☐
Hypertension	O☐	N☐	I☐	Fumeur	O☐	N☐	I☐
Hypercholestérolémie	O☐	N☐	I☐	Support inotrope	O☐	N☐	I☐
Chirurgie cardiaque antérieure	O☐	N☐	I☐	Défibrillateur interne	O☐	N☐	I☐
Aux anticoagulants	O☐	N☐	I☐	Ventilation mécanique	O☐	N☐	I☐

Appareil de circulation extracorporelle :

(Cocher l'appareil utilisé)

Ballon intra-aortique	O☐	N☐	I☐
Oxygénation extracorporelle	O☐	N☐	I☐
Dispositif d'assistance ventriculaire	O☐	N☐	I☐
Coeur artificiel	O☐	N☐	I☐

Période totale d'ischémie_____ (min)
(temps entre clamp installé dans le donneur et retiré du receveur)

SECTION C — INFORMATION SUR LE DONNEUR

12 ☐ Donneur domino 01 ☐ Cadavre

Pour faciliter le liage d'organes, veuillez compléter l'information suivante :

Programme organisant le prélèvement d'organes : _____

N° du donneur attribué par le programme de prélèvement : _____

Nom de famille abrégé : _____ (inscrire les 3 premières lettres du nom de famille du donneur)

Âge Ans : (002-130) _____ Nombre de mois: (001-023) _____
Nombre de jour: (001-030) _____ Nouveau-né: (000) _____

Sexe : ☐ homme ☐ femme ☐ autre

*Profil HLA du receveur : A___ ___ B___ ___ DR ___ ___ DQ ___ ___

*Nota : Le RCITO enregistre le numéro HLA le plus bas en premier.

SECTION D — RÉSULTATS CHEZ LE RECEVEUR

Veuillez remplir cette section au moment où cette transplantation est enregistrée, généralement dans le mois suivant la date de la transplantation. Cette section peut également servir au suivi lorsque survient un décès, un échec de la greffe ou un transfert du patient à un autre hôpital.

Hôpital du suivi : _____
(inscrire seulement si le centre n'est pas le même que celui où la transplantation a eu lieu)

Statut du patient (une seule réponse) :

Patient vivant ☐ Décédé ☐ Sans nouvelles ☐

Date de l'événement
|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Si le patient est décédé : (Veuillez cocher une mention et inscrire la cause de décès.)

☐ Décès avec un greffon fonctionnel

OU

☐ Décès à cause de l'échec de la greffe
(cocher ci-dessous la cause de l'échec de la greffe)

Cause de décès 1° _____ 2° _____ 3° _____ 4° _____ (codes au verso)
(les causes secondaires sont des cofacteurs ou des complications comorbides)

Si vivant avec échec de la greffe ou décédé à cause de l'échec de la greffe (la date de l'échec de la greffe est définie comme étant le décès ou la date de retransplantation) :

Date de l'échec de la greffe |__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__|
(JJ/MMM/AAAA)

Veuillez cocher la cause de l'échec de la greffe :

00 ☐	Incertain/inconnu	01 ☐	Hyperacute Rejection
11 ☐	Non-fonction primaire	68 ☐	Infection and Rejection
19 ☐	Maladie coronarienne	30 ☐	Rejection After Stopping Immunosuppressive Drugs
23 ☐	Thrombose du greffon	63 ☐	Rejet aigu
25 ☐	Hypertension primaire	64 ☐	Rejet chronique
28 ☐	Complications chirurgicales	66 ☐	Rejet consécutif à la non-compliance
67 ☐	Récidive de la maladie initiale	69 ☐	Infection du greffon
70 ☐	Hypertension générale		
71 ☐	Perturbation électrolytique (préciser) _____		
72 ☐	Péricardite	73 ☐	Épanchement péricardique
99 ☐	Autre (préciser) _____		

CAUSE DE DÉCÈS/COMPLICATION COMORBIDE (RECEVEUR)

Génériques
00 Cause du décès incertaine ou indéterminée

Maladies cardiaques
11 Ischémie myocardique ou infarctus
12 Hyperkaliémie
13 Péricardite hémorragique
14 Autres causes d'insuffisance cardiaque
15 Arrêt cardiaque de cause inconnue
16 Cardiopathie hypertensive décompensée
17 Hypokaliémie
18 Surcharge volémique

Maladies vasculaires
21 Embolie pulmonaire
22 Accident cérébro-vasculaire
24 Hémorragie au niveau du greffon — préciser
25 Hémorragie à partir d'un accès vasculaire ou du circuit de dialyse
26 Rupture d'anévrisme vasculaire (autre que codes 22-23)
27 Hémorragie d'origine chirurgicale (autre que codes 23-26) — préciser
28 Autre hémorragie (autre que codes 24 à 27)
55 Thrombose vasculaire
56 Sténose de la veine pulmonaire
57 Complication liée à l'extenseur/ballonnet de distension

Infections
03 Infection bactérienne — préciser le siège
04 Infection virale — préciser le siège
05 Infection fongique — préciser le siège
06 Cytomégalovirus
07 Virus d'Epstein Barr
08 Pneumonie à Pneumocystis carinii (PCP)
09 Protozoose/Infection parasitaire (y compris toxoplasmose)
10 Infection de la plaie — préciser le siège
34 Infections ailleurs (sauf hépatite virale, voir 41-42)
35 Septicémie — préciser la source
36 Tuberculose (poumon)
37 Tuberculose (ailleurs)
38 Infection virale généralisée — préciser l'agent viral
39 Péritonite (pas le code 70)

Maladies hépatiques
41 Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite B
42 Foie, atteinte hépatique causée par une autre hépatite virale
43 Foie, toxicité médicamenteuse — préciser le médicament
44 Cirrhose, d'origine non virale
45 Maladie kystique du foie
46 Insuffisance hépatique, cause inconnue
74 Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite C

Maladies gastro-intestinales
02 Tumeur gastro-intestinale avec ou sans perforation
20 Gastro-entérite aiguë avec déshydratation
23 Hémorragie gastro-intestinale
29 Infarctus mésentérique
62 Pancréatite
68 Perforation d'ulcère gastro-duodénal
70 Sclérose péritonéale
72 Perforation colique

Sociales
50 Abus des médicaments (exclut l'abus d'alcool)
51 Patient refusant de poursuivre le traitement
52 Suicide
53 Traitement cessé pour une autre raison
54 Abus d'alcool

Accidents
81 Accident en rapport avec le traitement
82 Accident sans rapport avec le traitement

Divers
30 Hypertension
40 Acidocétose diabétique
64 Cachexie
66 Néoplasie probablement induite par traitement immuno-suppresseur — préciser le siège
67 Néoplasie sauf celle figurant au code 66 — préciser le siège
69 Démence
90 Insuffisance de plusieurs organes
99 Autre cause de décès identifiée — préciser

Maladies respiratoires
19 Insuffisance respiratoire aiguë
31 Infection pulmonaire (bactérienne)
32 Infection pulmonaire (virale)
33 Infection pulmonaire (fongique)
49 Bronchiolite oblitérante

Maladies rénales
47 Néphropathie aiguë (patients non atteints d'insuffisance rénale)
48 Néphropathie chronique (patients non atteints d'insuffisance rénale)
61 Urémie due à l'échec de la transplantation rénale

Maladies métaboliques
59 Toxicité due à la drogue — préciser la drogue

Maladies hématologiques
63 Hypoplasie médullaire
71 Thrombopénie
73 Thrombose — préciser

Maladies neurologiques
75 Neurotoxicité médicamenteuse — préciser le médicament
76 État de mal épileptique
77 Infection neurologique — préciser l'agent infectieux

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
Formulaire d'inscription des receveurs de transplantations rénales

SEND THIS CONFIDENTIAL INFORMATION TO:
ENVOYER LES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS À :
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO)
Institut canadien d'information sur la santé
90, avenue Eglinton Est, bureau 300
Toronto (Ont.) M4P 2Y3
Tél. : (416) 481-2002/téléc. : (416) 481-2950

SECTION A — INFORMATION SUR LE RECEVEUR

Hôpital où la greffe a été effectuée _____
NOM ET VILLE

Nom _____ Prénom/second prénom _____

Nom antérieur _____

Sexe ☐ homme ☐ femme ☐ autre

Groupe sanguin ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ I

Origine raciale

01 ☐ Caucasien 02 ☐ Asiatique 03 ☐ Noir 05 ☐ Sous-continent indien

08 ☐ Îles du Pacifique 09 ☐ Autochtone 10 ☐ Moyen-Orient/Arabe

98 ☐ Inconnu 99 ☐ Autre/Multiracial _____

Date de naissance |__|__|/|__|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

N° d'assurance maladie _____

Province émettrice de la carte _____

Adresse (ville) _____

Province _____ Code Postal _____

SECTION B — INFORMATION SUR LA TRANSPLANTATION

Information — liste d'attente :
Date où le patient a été mis pour la première fois sur la liste d'attente (pour cette transplantation) :

|__|__|/|__|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Date de transplantation |__|__|/|__|__|__|__|/|__|__|__|__|
(JJ/MMM/AAAA)

Greffe n° : _____

☐ Transplantation d'un rein ☐ Double reins/en bloc

☐ Transplantation multiple

Indiquer le ou les autres organes : _____

(remplir la section B du formulaire qui s'applique à l'autre organe)

Statut du receveur
(cocher ceux qui s'appliquent en répondant : P = Positif, N = Négatif, I = Inconnu)

Hépatite BsAg	P☐	N☐	I☐	Virus d'Epstein Barr	P☐	N☐	I☐
Hépatite BcAb	P☐	N☐	I☐	VIH	P☐	N☐	I☐
Hépatite C	P☐	N☐	I☐	CMV	P☐	N☐	I☐

Taux actuel d'anticorps cytotoxiques _____ % Taux d'anticorps maximal _____ %

* Profil HLA du receveur A____ ____ B____ ____ DR____ ____ DQ____ ____

*Nota : Le RCITO enregistre le numéro HLA le plus bas en premier.

SECTION B — INFORMATION SUR LA TRANSPLANTATION (SUITE)

Maladie rénale initiale (diagnostic signalé au premier traitement)

Code _____ (codes au verso) ☐ Retransplantation

Décrire _____

Diagnostic au moment de la première transplantation

Code _____ (codes au verso)

Décrire _____

Organe ☐ Rein droit ☐ Rein gauche

Néphrectomie par laparoscopie? O☐ N☐ I☐

Taille et poids du receveur
(Au moment de la transplantation)

Taille du receveur ☐☐☐•☐☐☐ (cm)

(facteurs de conversion : 1 pouce = 2,54 cm)

Poids du receveur ☐☐☐•☐☐☐ (kg)

(facteurs de conversion : 1 livre = 0,45 kg)

Le patient était-il en dialyse avant la transplantation?
☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Retard de fonction du greffon? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Le patient a-t-il reçu un traitement de dialyse pendant la première semaine de la transplantation? ☐ Oui ☐ Non ☐ Inconnu

Antécédents au moment de la greffe
(cocher une des valeurs acceptables, soit O = Oui, N = Non, I = Inconnu)

Angine	O☐	N☐	I☐	Maladie vasculaire périphérique	O☐	N☐	I☐
Malignité	O☐	N☐	I☐	Infarctus du myocarde	O☐	N☐	I☐
Oedème pulmonaire	O☐	N☐	I☐	MPOC	O☐	N☐	I☐
Diabète de type 1	O☐	N☐	I☐	Diabète de type 2	O☐	N☐	I☐
Hypertension	O☐	N☐	I☐	Maladie cérébrovasculaire	O☐	N☐	I☐

Période d'ischémie froide _____ (min)

SECTION C — INFORMATION SUR LE DONNEUR

☐ Vivant → Veuillez completer le profil des donneurs vivants et l'attacher à ce formulaire

12 ☐ Donneur domino 01 ☐ Cadavre

Pour faciliter le liage d'organes, veuillez compléter l'information suivante :

Programme organisant le prélèvement d'organes : _____

N° du donneur attribué par le programme de prélèvement : _____

Nom de famille abrégé (inscrire les 3 premières lettres du nom de famille du donneur) : _____

Âge Ans : (002-130) _____ Nombre de mois : (001-023) _____
Nombre de jours : (001-030) _____ Nouveau-né : (000) _____

Sexe : ☐ homme ☐ femmle ☐ autre

* **Profil HLA du donneur** A____ ____ B____ ____ DR____ ____ DQ____ ____

*Nota : Le RCITO enregistre le numéro HLA le plus bas en premier.

SECTION D — RÉSULTATS CHEZ LE RECEVEUR

Veuillez remplir cette section au moment où cette transplantation est enregistrée, généralement dans le mois suivant la date de la transplantation. Cette section peut également servir au suivi lorsque survient un décès, un échec de la greffe ou un transfert du patient à un autre hôpital.

Hôpital du suivi : _____
(inscrire seulement si le centre n'est pas le même que celui où la transplantation a eu lieu)

Statut du patient (une réponse seulement) :

Patient vivant ☐ Décédé ☐ Sans nouvelles ☐

Date de l'événement :

|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Si le patient est décédé :

☐ Décès avec un greffon fonctionnel

OU

☐ Décès à cause de l'échec de la greffe
(cocher ci-dessous la cause de l'échec de la greffe)

Cause de décès _____ (codes au verso)

Si vivant avec échec de la greffe ou décédé à cause de l'échec de la greffe :
(la date de l'échec de la greffe est de comme étant le décès ou la date de retransplantation) :

Date de l'échec de la greffe |__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__|
(JJ/MMM/AAAA)

Veuillez cocher la cause de l'échec de la greffe :

00 ☐	Incertain/inconnu	69 ☐	Infection du greffon
01 ☐	Rejet hyperaigu	11 ☐	Non-fonction primaire
63 ☐	Rejet aigu	18 ☐	Tumeurs malignes récemment diagnostiquées
64 ☐	Rejet chronique	23 ☐	Thrombose du greffon
30 ☐	Rejet après l'arrêt de tout traitement immunodépresseur(s)	26 ☐	Compl. chirurgicales –vasculaires
67 ☐	Récidive de la maladie initiale	27 ☐	Compl. chirurgicales –uretérales
68 ☐	Combinaison de rejet et d'infection	28 ☐	Compl. chirurgicales non spécifiées
36 ☐	Toxicité de la cyclosporine	99 ☐	Autre (préciser) _____

DIAGNOSTIC INITIAL — REIN

CODE DESCRIPTION

00 Insuffisance rénale chronique, d'étiologie inconnue
98 Inconnue/aucune réponse

GLOMÉRULONÉPHRITES/MALADIES AUTO-IMMUNES

05 Glomérulonéphrite mésangiale prolifératives
06 Syndrome néphrotique à lésions glomérulaires minimes
07 Glomérulonéphrite post-strep
08 Glomérulonéphrite rapidement progressive
09 Glomérulonéphrite focale — adulte
10 Glomérulonéphrite, SANS diagnostic histologique
11 Syndrome néphrotique sévère avec sclérose focale (jeunes patients uniquement)
12 Néphropathies à dépôts d'IgA (diagnostic prouvé par immunofluorescence, autre que code 85)
13 Glomérulonéphrite à dépôts denses (prouvée par immunofluorescence ou microscope électronique (GNMP Type II))
14 Néphropathie membraneuse
15 Glomérulonéphrite mésangio-capillaire membrano-proliférative (GNMP Type I)
16 Glomérulonéphrite proliférative diffuse avec croissants-idiopathiques
17 Néphrose congénitale ou syndrome néphrotique congénital (jeunes patients seulements)
19 Glomérulonéphrite avec diagnostic histologique — préciser
73 Néphropathie d'origine vasculaire due à une artérite diffuse
74 Granulomatose de Wegener
84 Lupus érythémateux
85 Purpura Henoch-Schonlein
86 Syndrome de Goodpasture
87 Sclérodermie
88 Syndrome hémolytique et urémique

NÉPHROPATHIES DUES À UN MÉDICAMENT

30 Néphropathie due à des médicaments ou à des agents néphrotoxiques — cause non précisée
31 Néphropathie due à des médicaments analgésiques
32 Néphropathie due aux cis-platinum
33 Néphropathie due aux Cyclosporine A
39 Néphropathie due à un médicament spécifique — préciser

POLYKYSTOSES RÉNALES

41 Polykystose rénale de l'adulte (dominant)
42 Polykystose rénale du nourisson, de l'enfant et de l'adolescent (récessive)

DIABÈTES

80 Néphropathie diabétique (type I)
81 Néphropathie diabétique (type II)

MALADIES RÉNALES CONGÉNITALES/HÉRÉDITAIRES

21 Pyélonéphrite ou néphropathie associée à une vessie neurologène
22 Pyélonéphrite ou néphropathie associée à une uropathie obstructive d'origine congénitale avec ou sans reflux vésico-urétéral
24 Pyélonéphrite ou néphropathie interstitielle due à un reflux vésico-urétéral sans obstruction
40 Reins kystiques — non spécifié
41 Polykystose rénale de l'adulte (dominant)
42 Polykystose rénale du nourisson, de l'enfant et de l'adolescent
43 Maladie kystique de la médullaire (néphronophtise incluse)
49 Reins kystiques, autre variété — préciser
50 Néphropathie héréditaire/familiale — type non précisée
51 Néphropathie héréditaire avec surdité (syndrome d'Alport)
52 Cystinose
53 Oxalose primaire
54 Maladie de Fabry
55 Syndrome de DRASH
58 Valves urétrales postérieures
59 Néphropathie héréditaire, autre — préciser
60 Hypoplasie rénale congénitale — préciser
61 Hypoplasie rénale avec oligoméganéphronie
62 Hypoplasie rénale segmentaire (rein d'Ask-Upmark)
63 Dysplasie rénale congénitale avec ou sans malformation des voies urinaires
66 Syndrome d'agénésie des muscles abdominaux (Prune Belly Syndrome)

MALADIES VASCULAIRES RÉNALES

70 Néphropathie d'origine vasculaire — type non spécifié
71 Néphropathie d'origine vasculaire due à une hypertension maligne (ABSENCE de néphropathie primaire)
72 Néphropathie d'originie vasculaire due à une hypertension (ABSENCE de néphropathie primaire)
73 Périartérite noueuse
78 Maladie rénale athéroembolique
79 Maladie vasculaire rénale — origine connue

AUTRES

20 Pyélonéphrite ou néphropathie interstitielle — cause non précisée
23 Pyélonéphrite ou néphropathie interstitielle due à une uropathie obstructive acquisè — préciser
25 Pyélonéphrite ou néphropathie interstitielle due à une lithiase des voies urinaires
29 Pyélonéphrite, autre cause
56 Néphropathie secondaire à l'anémie falciforme
57 Tumeur de Wilms
82 Myélome multiple
83 Amyloïdose
89 Maladie de système, autre — préciser
90 Nécrose corticale ou tubulaire
91 Tuberculose
92 Goutte
93 Néphrocalcinose ou néphropathie due à une hypercalcémie
94 Néphropathie endémique des Balkans
95 Tumeur rénale
96 Perte de rein d'origine traumatique ou chirurgicale
97 Néphropathie due au VIH
99 Autre désordre rénal identifié — préciser

CAUSE DE DÉCÈS/COMPLICATION COMORBIDE (RECEVEUR)

Génériques
- 00 Cause du décès incertaine ou indéterminée

Maladies cardiaques
- 11 Ischémie myocardique ou infarctus
- 12 Hyperkaliémie
- 13 Péricardite hémorragique
- 14 Autres causes d'insuffisance cardiaque
- 15 Arrêt cardiaque de cause inconnue
- 16 Cardiopathie hypertensive décompensée
- 17 Hypokaliémie
- 18 Surcharge volémique

Maladies vasculaires
- 21 Embolie pulmonaire
- 22 Accident cérébro-vasculaire
- 24 Hémorragie au niveau du greffon — préciser
- 25 Hémorragie à partir d'un accès vasculaire ou du circuit de dialyse
- 26 Rupture d'anévrisme vasculaire (autre que codes 22-23))
- 27 Hémorragie d'origine chirurgicale (autre que codes 23-26) — préciser
- 28 Autre hémorragie (autre que codes 23-27) — préciser
- 55 Thrombose vasculaire
- 56 Sténose de la veine pulmonaire
- 57 Complication liée à l'extenseur/ballonnet de distension

Infections
- 03 Infection bactérienne — préciser le siège
- 04 Infection virale — préciser le siège
- 05 Infection fongique — préciser le siège
- 06 Cytomégalovirus
- 07 Virus d'Epstein Barr
- 08 Pneumonie à Pneumocystis carinii (PCP)
- 09 Protozoose/Infection parasitaire (y compris toxoplasmose)
- 10 Infection de la plaie — préciser le siège
- 34 Infections ailleurs (sauf hépatite virale, voir 41-42)
- 35 Septicémie — préciser la source
- 36 Tuberculose (poumon)
- 37 Tuberculose (ailleurs)
- 38 Infection virale généralisée — préciser l'agent viral
- 39 Péritonite (pas le code 70)

Maladies hépatiques
- 41 Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite B
- 42 Foie, atteinte hépatique causée par une autre hépatite virale
- 43 Foie, toxicité médicamenteuse — préciser le médicament
- 44 Cirrhose, d'origine non virale
- 45 Maladie kystique du foie
- 46 Défaillance hépatique, cause inconnue
- 74 Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite C

Maladies gastro-intestinales
- 02 Tumeur gastro-intestinale avec ou sans perforation
- 20 Gastro-entérite aiguë avec déshydratation
- 23 Hémorragie gastro-intestinale
- 29 Infarctus mésentérique
- 62 Pancréatite
- 68 Perforation d'ulcère gastro-duodénal
- 70 Sclérose péritonéale
- 72 Perforation colique

Sociales
- 50 Abus des médicaments (exclut l'abus d'alcool)
- 51 Patient refusant de poursuivre le traitement
- 52 Suicide
- 53 Traitement cessé pour une autre raison
- 54 Abus d'alcool

Accidents
- 81 Accident en rapport avec le traitement
- 82 Accident sans rapport avec le traitement

Divers
- 30 Hypertension
- 40 Acidocétose diabétique
- 64 Cachexie
- 66 Néoplasie probablement induite par traitement immuno-suppresseur — préciser le siège
- 67 Néoplasie sauf celle figurant au code 66 — préciser le siège
- 69 Démence
- 90 Insuffisance de plusieurs organes
- 99 Autre cause de décès identifiée (préciser)

Maladies respiratoires
- 19 Insuffisance respiratoire aiguë
- 31 Infection pulmonaire (bactérienne)
- 32 Infection pulmonaire (virale)
- 33 Infection pulmonaire (fongique)
- 49 Bronchiolite oblitérante

Maladies rénales
- 47 Néphropathie aiguë (patients non atteints d'insuffisance rénale)
- 48 Néphropathie chronique (patients non atteints d'insuffisance rénale)
- 61 Urémie secondaire à l'insuffisance du rein transplanté

Maladies métaboliques
- 59 Toxicité due à la drogue — préciser la drogue

Maladies hématologiques
- 63 Hypoplasie médullaire
- 71 Thrombopénie
- 73 Thrombose — préciser

Maladies neurologiques
- 75 Neurotoxicité médicamenteuse — préciser le médicament
- 76 État de mal épileptique
- 77 Infection neurologique — préciser l'agent infectieux

Institut canadien d'information sur la santé
Canadian Institute for Health Information

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes

Profil des installations du centre transplantation rénale

Année de déclaration 2004

Veuillez remplir le présent formulaire pour rendre compte de la situation dans votre centre au 31 décembre 2004. Veuillez conserver une copie pour vos dossiers.

ENVOYEZ LES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS À :

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
Institut canadien d'information sur la santé
90, avenue Eglinton Est
Bureau 300
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
Téléc : (416) 481-2950
Tél. : (416) 481-2002

NOM ET VILLE DE L'HÔPITAL _____

NUMÉRO DE L'HÔPITAL _____
(complété par le RCITO)

A — TRANSPLANTATIONS ANNUELLES

	Adultes (18 +)	Enfants (patients de moins de 18 ans)
1. Combien de transplantations rénales ont été effectuées à votre hôpital en 2004? *(Note : inclure les transplantations combinées, telles que rein-pancréas ou rein-foie)*		
a) Donneurs cadavériques	_____	_____
b) Donneurs vivants apparentés	_____	_____
c) Donneurs vivants non apparentés	_____	_____

	Adultes (18 +)	Enfants (patients de moins de 18 ans)
2. Combien des transplantations rénales combinées ont été effectuées à votre hôpital en 2004?		_____

B — SUIVI
(Note : indiquer tous les patients transplantés en 2004 ou avant.)

3. Combien de patients vivants avec un greffon fonctionnel, peu importe où ils ont subi leur transplantation, étaient suivis dans votre hôpital au 31 décembre 2004? **(Note : Si les patients sont suivis à un autre centre, veuillez les inclure ici seulement si votre centre est le centre primaire du suivi.)** _____
4. Combien de patients sont retournés en dialyse en 2004? _____

5. Combien de patients ayant reçu une transplantation et suivis dans votre hôpital sont décédés en 2004? _____
   a) Avec greffon fonctionnel? _____
   b) Dont la transplantation a échoué (c.-à-d. non revenus en dialyse)? _____

Rempli par _____ Date _____

Nom du point de contact s'il n'est pas le même que la personne susmentionnée _____ Tél. : _____

Merci de votre collaboration!
Veuillez prendre quelques minutes et vous assurer que vous avez répondu à toutes les questions.

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
Formulaire d'inscription des receveurs de transplantations hépatiques

ENVOYER LES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS À :
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO)
Institut canadien d'information sur la santé
90, avenue Eglinton Est, bureau 300
Toronto (Ont.) M4P 2Y3
Tél. : (416) 481-2002/téléc. : (416) 481-2950

SECTION A — INFORMATION SUR LE RECEVEUR

Hôpital où la greffe a été effectuée _____
NOM ET VILLE

Nom _____

Prénom/second prénom _____

Nom antérieur _____

Sexe ☐ homme ☐ femme ☐ autre

Groupe sanguin ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ I

Origine raciale

01 ☐ Caucasien 02 ☐ Asiatique 03 ☐ Noir 05 ☐ Sous-continent indien

08 ☐ Îles du Pacifique 09 ☐ Autochtone 10 ☐ Moyen-Orient/Arabe

98 ☐ Inconnu 99 ☐ Autre/Multiracial _____

Date de naissance |__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

N° d'assurance maladie _____

Province émettrice de la carte _____

Address (ville) _____

Province _____ Code postal _____

Taille et poids du receveur (An moment de la transplantation)

Taille du receveur ☐☐☐•☐☐☐ (cm)

(Facteurs de conversion : 1 pouce = 2,54 cm)

Poids du receveur ☐☐☐•☐☐☐ (kg)

(Facteur de conversion : 1 livre = 0,45 kg)

SECTION B — INFORMATION SUR LA TRANSPLANTATION

Information —liste d'attente

Date à laquelle le patient a été mis pour la première fois sur la liste d'attente :

(pour cette transplantation) |__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/YYYY)

Statut médical lorsque le patient a été mis pour la première fois sur la liste d'attente (une seule réponse)

08 ☐ Statut 1 (à domicile) 16 ☐ Statut 1T Patients atteints d'une tumeur

04 ☐ Statut 2 (hospitalisé) 05 ☐ Statut 3 (hospitalisé aux SI)

11 ☐ Statut 3F (fulminante) 06 ☐ Statut 4 (aux SI avec support mécanique)

12 ☐ Statut 4F (fulminante)

SECTION B — INFORMATION SUR LA TRANSPLANTATION (SUITE)

Date d'inscription sur la liste finale
(Inscrire la date si elle diffère de la date d'inscription sur la liste initiale)

|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Statut médical au moment de la transplantation

08 ☐ Statut 1 (à domicile) 16 ☐ Statut 1T Patients atteints d'une tumeur

04 ☐ Statut 2 (hospitalisé) 05 ☐ Statut 3 (hospitalisé aux SI)

11 ☐ Statut 3F (fulminante) 06 ☐ Statut 4 (aux SI avec support mécanique)

12 ☐ Statut 4F (fulminante)

Date de transplantation |__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__|
(JJ/MMM/AAAA)

☐ Transplantation hépatique seulement **OU** ☐ Transplantation multiple

Indiquer le ou les autres organes : _____
(veuillez remplir la section B du formulaire approprié, pour les autres organes)

Diagnostic initial (foie) : (voir page 3)

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ ☐ Retransplantation

Décrire _____

STATUT DU RECEVEUR

Hépatite B :

(cocher ceux qui s'appliquent en répondant : P = positif, N = négatif, I = inconnu)

Hépatite BsAg P ☐ N ☐ I ☐ Hépatite BcAb P ☐ N ☐ I ☐

Hépatite B-DNA P ☐ _____(pm/ml) N ☐ I ☐

Traitement au moment de la transplantation N ☐ O ☐ ➔ *Une seule réponse :*
Interferon ☐
Lamivudine ☐
Autre (préciser) : _____

Hépatite C :

Hépatite C P ☐ N ☐ I ☐ *(Si non, passer au virus d'Epstein Barr ci-dessous.)*

ARN décelable? ☐ Non ☐ Oui➔ *Préciser le niveau* _____ ☐ Non fait

Génotype : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ Inconnu

Traitement au moment de la transplantation :

☐ Interféron ☐ Ribavirine ☐ Interféron et Ribavirine

Virus d'Epstein Barr P ☐ N ☐ I ☐

CMV P ☐ N ☐ I ☐

VIH P ☐ N ☐ I ☐

Taux actuel d'anticorps cytotoxiques ____ % Taux d'anticorps maximal ____ %

Épreuve standard de compatibilité croisée P ☐ N ☐ I ☐

* Profil HLA du receveur :

A____ ____ B____ ____ DR ____ ____ DQ ____ ____

*Nota : Le RCITO enregistre le numéro HLA le plus bas en premier.

Nom _____ Prénom/second prénom _____

SECTION B — INFORMATION SUR LA TRANSPLANTATION (SUITE)

Greffe n° : _____

Child–Pugh Score lors de la transplantation : |__|__|

Créatinine lors de la transplantation: |__|__|__|

Sérum de bilirubine lors de la transplantation (µmol/L) : |__|__|__|

RIN lors de la transplantation : |__|.|__|__|

Technique de séparation ou de réduction

Réduction hépatique (un receveur) O ☐ N ☐ I ☐

Foie séparé (deux receveurs) O ☐ N ☐ I ☐

Technique : ☐ In-situ ☐ Ex-situ ☐ Combinaison

Tumeurs primaires et secondaires dans le foie

☐ Oui (remplir la section grisée)

☐ Non (ne pas remplir la section grisée)

(Remplir cette section ou joindre une copie du formulaire soumis à l'International Registry of Hepatic Tumors in Liver Transplantation (centre médical de l'Université Baylor).)

Marqueurs de tumeur (ng/ml) : Alpha-1-foetoprotéine : _____

Antigène chorioembryonnique : _____

Nombre de nodules : _____Diamètre du plus gros (cm) : _____

Bilobé : ☐ Oui ☐ Non Caractéristiques : ☐ Multifocal ☐ Simple

Degré histologique : _____ Système utilisé : _____

Atteinte vasculaire : ☐ Oui ☐ Non

Dissémination de la tumeur au moment de l'intervention :

☐ Aucune ☐ Périaortique ☐ Poumons, médiastin

☐ Diaphragme ☐ Abdomen, autre ☐ Nodes hilaires

Traitement d'appoint pour les tumeurs

Thérapie	Préop		Pérop		Postop		Préciser l'agent (le cas échéant)
Embolisation	O	N					
Irradiation	O	N	O	N	O	N	
Autre traitement	O	N	O	N	O	N	_____
Chimiothérapie							
• Adriamycin	O	N	O	N	O	N	
• 5-Fluorouracile	O	N	O	N	O	N	
• 5-FU DR	O	N	O	N	O	N	
• Cisplatine	O	N	O	N	O	N	
• Autre	O	N	O	N	O	N	_____

Durée d'ischémie chaude (min.) : |__|__| Durée d'ischémie froide (min.) : |__|__|__|

Durée d'ischémie réchauffement (min.) : |__|__|

SECTION C — INFORMATION SUR LE DONNEUR

☐ Vivant ➔ Veuillez compléter le profil des donneurs vivants et l'attacher à ce formulaire.

12 ☐ Donneur domino 01 ☐ Cadavre

Pour faciliter le ligne d'organes, veuillez compléter l'information suivante :
Programme organisant le prélèvement d'organes : _____

N° du donneur attribué par le programme de prélèvement : _____

Nom de famille abrégé : _____
(inscrire les 3 premières lettres du nom de famille du donneur)

Âge : Ans : (002-130) _____ Nombre de mois : (001-023)

Nombre de jours : (001-030) Nouveau-né : (000) _____

Sexe : ☐ homme ☐ femme ☐ autre

* **Profil HLA du donneur** : A_____ _____ B_____ _____ DR _____ _____ DQ _____ _____

*Nota : Le RCITO enregistre le numéro HLA le plus bas en premier.

SECTION D — RÉSULTATS CHEZ LE RECEVEUR

Veuillez remplir cette section au moment où cette transplantation est enregistrée, généralement dans le mois suivant la date de la transplantation. Cette section peut également servir au suivi lorsque survient un décès, un échec de la greffe ou un transfert du patient à un autre hôpital.

Hôpital du suivi : _____
(inscrire seulement si le centre n'est pas le même que celui où la transplantation a eu lieu)

Statut du patient (Une résponse seulement) :

Patient vivant ☐ Décédé ☐ Sans nouvelles ☐

Date de l'événement :
|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Si le patient est décédé :

☐ Décès avec un greffon fonctionnel

OU

☐ Décès à cause de l'échec de la greffe
(cocher ci-dessous la cause de l'échec de la greffe)

Cause de décès _____ (codes au verso)

Si vivant avec échec de la greffe ou décédé à cause de l'échec de la greffe (la date de l'échec de la greffe est définie comme étant le décès ou la date de retransplantation) :

Date de l'échec de la greffe |__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__|
(JJ/MMM/AAAA)

Codes — Causes de l'échec de la greffe

00 ☐ Incertain/inconnu
01 ☐ Rejet hyperaigu
63 ☐ Rejet aigu
64 ☐ Rejet chronique
30 ☐ Rejet après l'arrêt de tout traitement immunosuppresseur
67 ☐ Récidive de la maladie initiale
68 ☐ Combinaison de rejet et d'infection
69 ☐ Infection du greffon
11 ☐ Non-fonction primaire
14 ☐ Thrombose du greffon/de la veine porte
15 ☐ Thrombose du greffon/de la veine hépatique
16 ☐ Complication des voies biliaires
18 ☐ Tumeur maligne récemment diagnostiquée
22 ☐ Thrombose artérielle
28 ☐ Complications chirurgicales — non précisées
33 ☐ Hépatite développée *de novo*
99 ☐ Autre cause d'échec de la greffe (préciser) _____

Codes — Diagnostic initial — Foie

INSUFFISANCES HÉPATIQUES AIGUËS (fulminante)

01 Hépatite—Type A
02 Hépatite—Type B
61 Hépatite—Type C
58 Hépatite—Non de type A, B, C
35 Hépatite Delta
05 Toxique
04 Hépatite médicamenteuse — autre
56 Hépatite médicamenteuse — acétaminophène
47 Autre insuffisance hépatique aiguë (y compris la maladie de Budd-Chiari et de Wilson)

INSUFFISANCES HÉPATIQUES CHRONIQUES

12 Maladie de Budd-Chiari
36 Maladie de Byler (cholestase intra-hépatique)
09 Cirrhose — Alcoolique
10 Cirrhose — Autre
08 Cirrhose cryptogénique
49 Cirrhose postnécrotique
07 Cirrhose biliaire primitive
14 Cirrhose biliaire secondaire
45 Médicamenteuse—Autre
42 Hépatite — Type A
43 Hépatite — Type B
60 Hépatite — Type C
59 Hépatite — Non de type A, B, C
51 Hépatite néonatale
06 Hépatite chronique active auto-immune
13 Atrésie primitive des voies biliaires
11 Cholangite sclérosante
46 Toxique
15 Maladie de Watson-Alagille = Dysplasie artério-hépatique
62 Maladie polykystique du foie
64 Stéatohépatite non alcoolique (NASH)

TUMEURS HÉPATIQUES

50 Angiosarcome
17 Cholangiocarcinome
18 Hépatome fibrolamellaire
16 Carcinome hépatocellulaire
19 Tumeur métastique
53 Tumeur hépatique — autre

MALADIES MÉTABOLIQUES

20 Déficience en alpha I antitrypsine
28 Syndrome de Crigler-Najjar
21 Glycogénose
23 Hémochromatose
27 Hyperlipoprotéinémie de type II
24 Maladie de Niemann-Pick
26 Phénylcétonurie
25 Protoporphyrie
29 Tyrosinémie
22 Maladie de Wilson
34 Trouble métabolique — autre

AUTRES DIAGNOSTICS INITIALS

30 Fibrose hépatique congénitale
31 Maladie de Caroli
32 Troubles kystiques
52 Artère hépatique thrombosée
98 Inconnu/non indiqué
99 Autre (préciser) _____

CAUSE DE DÉCÈS/COMPLICATION COMORBIDE (RECEVEUR)

GÉNÉRIQUES

00 Cause du décès incertaine ou indéterminée

MALADIES CARDIAQUES

11 Ischémie myocardique ou infarctus
12 Hyperkaliémie
13 Péricardite hémorragique
14 Autres causes d'insuffisance cardiaque
15 Arrêt cardiaque de cause inconnue
16 Cardiopathie hypertensive décompensée
17 Hypokaliémie
18 Surcharge volémique

MALADIES VASCULAIRES

21 Embolie pulmonaire
22 Accident cérébro-vasculaire
24 Hémorragie au niveau du greffon — préciser
25 Hémorragie à partir d'un accès vasculaire ou du circuit de dialyse
26 Rupture d'anévrisme vasculaire (autre que code 22-23)
27 Hémorragie d'origine chirurgicale (autre que codes 23-26) — préciser
28 Autre hémorragie (autre que codes 23-27)
55 Thrombose vasculaire
56 Sténose de la veine pulmonaire
57 Complication liée à l'extenseur/ballonnet de distension

INFECTIONS

03 Infection bactérienne — préciser le siège
04 Infection virale — préciser le siège
05 Infection fongique — préciser le siège
06 Cytomégalovirus
07 Virus d'Epstein Barr
08 Pneumonie à Pneumocystis carinii (PCP)
09 Protozoose/Infection parasitaire (y compris toxoplasmose)
10 Infection de la plaie — préciser le siège
34 Infections ailleurs (sauf hépatite virale, voir 41-42)
35 Septicémie — préciser la source
36 Tuberculose (poumon)
37 Tuberculose (ailleurs)
38 Infection virale généralisée — préciser l'agent viral
39 Péritonite (pas le code 70)

MALADIES GASTRO-INTESTINALES

02 Tumeur gastro-intestinale avec ou sans perforation
20 Gastro-entérite aiguë avec déshydratation
23 Hémorragie gastro-intestinale
29 Infarctus mésentérique
62 Pancréatite
68 Perforation d'ulcère gastro-duodénal
70 Sclérose péritonéale
72 Perforation colique

SOCIALES

50 Abus des médicaments (exclut l'abus d'alcool)
51 Patient refusant de poursuivre le traitement
52 Suicide
53 Traitement cessé pour une autre raison
54 Abus d'alcool

ACCIDENTS

81 Accident en rapport avec le traitement
82 Accident sans rapport avec le traitement

DIVERS

30 Hypertension
40 Acidocétose diabétique
64 Cachexie
66 Néoplasie probablement induite par traitement immuno-suppresseur — préciser le siège
67 Néoplasie sauf celle figurant au code 66 — préciser le siège
69 Démence
90 Insuffisance de plusieurs organes
99 Autre cause de décès identifiée (préciser)

MALADIES RESPIRATOIRES

19 Insuffisance respiratoire aiguë
31 Infection pulmonaire (bactérienne)
32 Infection pulmonaire (virale)
33 Infection pulmonaire (fongique)
49 Bronchiolite oblitérante

MALADIES RÉNALES

47 Néphropathie aiguë (patients non atteints d'insuffisance rénale)
48 Néphropathie chronique (patients non atteints d'insuffisance rénale)
61 Urémie secondaire à l'insuffisance du rein transplanté

MALADIES MÉTABOLIQUES

59 Toxicité due à la drogue — préciser la drogue

MALADIES HÉMATOLOGIQUES

63 Hypoplasie médullaire
71 Thrombopénie
73 Thrombose — préciser

MALADIES NEUROLOGIQUES

75 Neurotoxicité médicamenteuse — préciser le médicament
76 État de mal épileptique
77 Infection neurologique — préciser l'agent infectieux

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
Formulaire de suivi des transplantations hépatiques

ENVOYER LES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS À :
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO)
Institut canadien d'information sur la santé
90, avenue Eglinton Est, bureau 300
Toronto (Ont.) M4P 2Y3
Tél. : (416) 481-2002/téléc. : (416) 481-2950

SECTION A — INFORMATION SUR LE RECEVEUR

Hôpital où la greffe a été effectuée _____
NOM ET VILLE

N° d'assurance maladie _____

Province émettrice de la carte _____

Nom _____ Prénom /second prénom _____

Nom antérieur _____

Adresse (ville) _____

Province _____ Code postal _____

Date de naissance |_____|_____|_____|
JJ MMM AAAA

Apposer l'étiquette du patient, si disponible.

SECTION B — HÉPATITE B INFORMATION POSTTRANSPLANTATION

Pour les patients de transplantation dont le diagnostic initial était « hépatite B », remplir le 31 décembre de chaque année ou lors du décès.

Récidive de la maladie : ☐ Non ☐ Oui → Indiquer la gravité de la maladie*:

☐ Faible
☐ Modérée
☐ Importante

* *Faible : asymptomatique*
Modérée : avec des symptômes ou des signes de maladies du foie (p. ex. jaunisse, fatigue)
Importante : échec de la greffe, cirrhose, maladie cholestatique fibrosante, signes d'hypertension portale

Date de la récurrence : |_____|_____|_____|
JJ MMM AAAA

ADN HB décelables: ☐ Oui ☐ Non ☐ Non effectué dans l'année civile

Traitement actuel : H-Blg ☐ Oui ☐ Non

Lamivudine ☐ Oui ☐ Non

Autre (décrire) _____

SECTION C — HÉPATITE C INFORMATION POSTTRANSPLANTATION

Pour les patients de transplantation dont le diagnostic initial était « hépatite C », remplir le 31 décembre de chaque année ou lors du décès.

Récidive de la maladie: ☐ Non ☐ Oui → Indiquer la gravité de la maladie*:

☐ Faible
☐ Modérée
☐ Importante

* *La gravité et la récidive de la maladie s'appuient sur les résultats de la biopsie*

Date de la récidive/biopsie : |_____|_____|_____|
JJ MMM AAAA

Traitement administré pendant cette année civile : ☐ Non ☐ Oui → Une seule réponse:

☐ Prophylaxie
☐ Récurrence

SECTION D — TUMEURS AU FOIE INFORMATION POSTTRANSPLANTATION

Pour les patients de transplantation dont le diagnostic initial était « tumeurs hépatiques », remplir le 31 décembre de chaque année ou lors du décès.

Statut actuel du patient – récurrence des tumeurs :

☐ Non ☐ Oui → *Si oui, remplir ce qui suit ou envoyer une copie du formulaire à l'International Registry of Hepatic Tumors in Liver Transplantation (centre médical de l'Université Baylor).*

Date de la récurrence: |_____|_____|_____|
JJ MMM AAAA

Marqueurs de tumeur (au moment de la récurrence) :

☐ Alpha-foetoprotéine _____ ng/ml
☐ Antigène chorioembryonnaire _____ ng/ml

Premier siège de la récurrence :

☐ Foie ☐ Médiastin ☐ Abdomen ☐ Poumons
☐ Glande surrénale ☐ Voie de la biopsie ☐ Os ☐ Autre

Traitement: _____

Retransplantation :

☐ Non ☐ Oui → Date |_____|_____|_____|
JJ MMM AAAA

Résultat :

☐ Vivant, sans tumeur ☐ Vivant, avec tumeur
☐ Décédé, sans tumeur ☐ Décédé, avec tumeur → Le décès était-il associé à la tumeur?

☐ Non
☐ Oui

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
Profil des donneurs vivants

ENVOYER LES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS À :
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO)
Institut canadien d'information sur la santé
90, avenue Eglinton Est, bureau 300
Toronto (Ontario) M4P 2Y3
Tél. : (416) 481-2002/Téléc. : (416) 481-2950

Instructions :
À être complété par les programmes de transplantation. Veuillez joindre le formulaire à celui correspondant au receveur de transplantation.

SECTION A — INFORMATION SUR LE DONNEUR

Type de donneur :

Vivant biologiquement apparenté

03 ☐ Sœur ou frère
05 ☐ Autre donneur vivant apparenté (p. ex. sœur de la mère)
02 ☐ Parent (mère ou père)
04 ☐ Fils ou fille

Vivant biologiquement non apparenté

07 ☐ Conjoint
06 ☐ Autre donneur vivant non apparenté (p. ex. beaux-parents, anonyme) — préciser : _____

Programme de transplantation : _____

Numéro d'identification du donneur pour le programme de transplantation : _____

Nom de famille abrégé : _____
(Inscrire les 3 premières lettres du nom du donneur.)

Province ou état de résidence : _____

Pays de résidence autre que le Canada : _____

Âge : _____ (ans)

Sexe : ☐ homme ☐ femme ☐ autre

Origine raciale :

01 ☐ Caucasien 02 ☐ Asiatique 03 ☐ Noir 05 ☐ Sous-continent indien

08 ☐ Îles du Pacifique 09 ☐ Autochtone 10 ☐ Moyen-Orient/Arabe

98 ☐ Inconnu 99 ☐ Autre/Multiracial _____

Taille ☐☐☐•☐☐☐ (cm)

(Facteur de conversion : 1 pouce = 2,54 cm)

Poids ☐☐☐•☐☐☐ (kg)

(Facteur de conversion : 1 livre = 0,45 kg)

SECTION B — INFORMATION SUR L'HÔPITAL

Date d'admission |__|__|/|__|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Date du clampage |__|__|/|__|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Heure du clampage |__|__|/|__|__| (HH-MM)

SECTION C — STATUT DE SÉROLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE DU DONNEUR

Statut de sérologie du donneur :

(Cochez ceux qui s'appliquent, soit P = Positif, N = Négatif, I = Inconnu.)

Hépatite BsAg	P☐	N☐	I☐	Virus d'Epstein Barr	P☐	N☐	I☐
Hépatite BcAb	P☐	N☐	I☐	VIH	P☐	N☐	I☐
Hépatite C	P☐	N☐	I☐	CMV	P☐	N☐	I☐
HTLV (Virus du lymphome humain à cellules T, type II.)					P☐	N☐	I☐

*Profil HLA du donneur A _____ _____ B _____ _____ DR _____ _____ DQ _____ _____

*Remarque : Le RCITO enregistre le numéro HLA le plus bas en premier.

Facteurs de risque du donneur :

(Cochez ceux qui s'appliquent, soit O = Oui, N = Non, I = Inconnu.)

Fumeur	O☐	N☐	I☐	Hyperlipidémie	O☐	N☐	I☐
Diabète	O☐	N☐	I☐	Coronaropathie	O☐	N☐	I☐
Hypertension	O☐	N☐	I☐				

SECTION D — INFORMATION SPÉCIFIQUE SUR LES ORGANES

(Veuillez cocher l'organe prélevé.)

Organe prélevé

11 ☐ Rein gauche
23 ☐ Foie, segment latéral
12 ☐ Rein droit
41 ☐ Poumon, lobe gauche
21 ☐ Foie, lobe gauche
42 ☐ Poumon, lobe droit
22 ☐ Foie, lobe droit

Nom du receveur _____

Date de naissance du receveur

|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
Formulaire d'inscription des receveurs de poumon(s)/coeur-poumons

ENVOYER LES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS À :
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO)
Institut canadien d'information sur la santé
90, avenue Eglinton Est, bureau 300
Toronto (Ont.) M4P 2Y3
Tél. : (416) 481-2002/téléc. : (416) 481-2950

SECTION A — INFORMATION SUR LE RECEVEUR

Hôpital où la greffe a été effectuée _____
NOM ET VILLE

Nom _____ Prénom/second prénom _____

Nom antérieur _____

Sexe ☐ homme ☐ femme ☐ autre

Groupe sanguin ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ I

Origine raciale

01 ☐ Caucasien 02 ☐ Asiatique 03 ☐ Noir 05 ☐ Sous-continent indien

08 ☐ Îles du Pacifique 09 ☐ Autochtone 10 ☐ Moyen-Orient/Arabe

98 ☐ Inconnu 99 ☐ Autre/Multiracial _____

Date de naissance |__|__|/|__|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

N° d'assurance maladie _____

Province émettrice de la carte _____

Address (ville) _____

Province _____ Code postal _____

Taille et poids du receveur (An moment de la transplantation)

Taille du receveur ☐☐☐•☐☐☐ (cm)

(Facteurs de conversion : 1 pouce = 2,54 cm)

Poids du receveur ☐☐☐•☐☐☐ (kg)

(Facteur de conversion : 1 livre = 0,45 kg)

SECTION B — INFORMATION SUR LA TRANSPLANTATION

Information — liste d'attente

Date à laquelle le patient a été mis pour la première fois sur la liste d'attente :

(pour cette transplantation) |__|__|/|__|__|__|__|/|__|__|__|__|
(JJ/MMM/AAAA)

Statut médical lorsque le patient a été mis pour la première fois sur la liste d'attente (une seule réponse)

00 ☐ Statut 0 (en attente — inactif)

09 ☐ Statut 1 (stable et en attente)

10 ☐ Statut 2 (décompensation rapide)

Date d'inscription sur la liste finale

|__|__|/|__|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

(Inscrire la date si elle diffère de la date d'inscription sur la liste initiale)

Statut médical au moment de la transplantation (une seule réponse)

09 ☐ Statut 1 (stable et en attente) 10 ☐ Statut 2 (décompensation rapide)

SECTION B — INFORMATION SUR LA TRANSPLANTATION (SUITE)

Date de transplantation |__|__|/|__|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Greffe n° : _____

☐ poumon seul OU ☐ deux poumons OU ☐ cœur-poumons

☐ transplantation multiple

Indiquer le ou les autres organes : _____

(Veuillez remplir la section B du formulaire appropriée, pour les autres organes.)

Diagnostic initial (veuillez cocher une mention)

08 ☐ Maladie d'Eisenmenger

11 ☐ Fibrose pulmonaire idiopathique

19 ☐ Déficience en Alpha — 1 antitrypsine

26 ☐ Sarcoïde

13 ☐ Emphysème

20 ☐ Fibrose kystique

27 ☐ Inhalation

17 ☐ Hypertension pulmonaire primaire

22 ☐ Bronchiectasis

18 ☐ Maladie pulmonaire obstructive chronique

28 ☐ Bronchiolite oblitérante

06 ☐ Toxicité des médicaments

10 ☐ Toxines pulmonaires

32 ☐ Cardiomyopathie (non précisée)

15 ☐ Insuffisance pulmonaire due à une maladie congénitale

99 ☐ Autre (préciser)_____

☐ Retransplantation

Statut du receveur
(cocher ceux qui s'appliquent en répondant : P = Positif, N = Négatif, I = Inconnu)

Hépatite BsAg	P☐	N☐	I☐	Virus d'Epstein Barr	P☐	N☐	I☐
Hépatite BcAb	P☐	N☐	I☐	VIH	P☐	N☐	I☐
Hépatite C	P☐	N☐	I☐	CMV	P☐	N☐	I☐

Taux actuel d'anticorps cytotoxiques _____ % Taux d'anticorps maximal _____ %

RVP :

Réactif ☐ Non réactif ☐ RVP (unité de Woods) : <4 ☐ 4-6 ☐ >6 ☐ Non fait ☐

Épreuve standard de compatibilité croisée P☐ N☐ I☐

* Profil HLA du receveur : A _____ _____ B _____ _____ DR _____ _____ DQ _____ _____

*Nota : Le RCITO enregistre le numéro HLA le plus bas en premier.

Nom _____ Prénom/second prénom _____

SECTION B — INFORMATION SUR LA TRANSPLANTATION (SUITE)

Antécédents au moment de la greffe
(cocher une des valeurs acceptables, soit O = Oui, N = Non ou I = Inconnu)

Dysfonction rénale	O☐	N☐	I☐	Dysfonction hépatique	O☐	N☐	I☐
Diabète, type 1	O☐	N☐	I☐	Diabète, type 2	O☐	N☐	I☐
Hypertension	O☐	N☐	I☐	Ventilation mécanique	O☐	N☐	I☐
Statut non ambulatoire	O☐	N☐	I☐	Aux anticoagulants	O☐	N☐	I☐
Autre dysfonction organique	O☐	N☐	I☐	Chirurgie thoracique antérieure	O☐	N☐	I☐
Pathogénie multirésistante	O☐	N☐	I☐				

SECTION C — INFORMATION SUR LE DONNEUR

☐ Vivant ➔ Veuillez compléter le profil des donneurs vivants et l'attacher à ce formulaire.

12 ☐ Donneur domino 01 ☐ Cadavre

Pour faciliter le liage d'organes, veuillez compléter l'information suivante :

Programme organisant le prélèvement d'organes : _____

N° du donneur attribué par le programme de prélèvement : _____

Donneur ☐ Droit ☐ Gauche ☐ Coeur-poumons

Nom de famille abrégé : _____
(inscrire les 3 premières lettres du nom de famille du donneur)

Âge Ans : (002-130) _____ Nombre de mois : (001-023) _____

Nombre de jour : (001-030) _____ Nouveau-né : (000) _____

Sexe ☐ homme ☐ femme ☐ autre

* **Profil HLA du donneur** :

A _____ _____ B _____ _____ DR _____ _____ DQ _____ _____

*Nota : Le RCITO enregistre le numéro HLA le plus bas en premier.

SECTION D — RÉSULTATS CHEZ LE RECEVEUR

Veuillez remplir cette section au moment où cette transplantation est enregistrée, généralement dans le mois suivant la date de la transplantation. Cette section peut également servir au suivi lorsque survient un décès, un échec de la greffe ou un transfert du patient à un autre hôpital.

Hôpital du suivi : _____
(inscrire seulement si le centre n'est pas le même que celui où la transplantation a eu lieu)

Statut du patient (une réponse seulement) :

☐ Patient vivant ☐ Décédé ☐ Sans nouvelles

Date de l'événement |__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Si le patient est décédé :

☐ Décès avec un greffon fonctionnel

OU

☐ Décès à cause de l'échec de la greffe
(cocher ci-dessous la cause de l'échec de la greffe)

Cause de décès _____ (codes au verso)

Si vivant avec échec de la greffe ou décédé à cause de l'échec de la greffe (la date de l'échec de la greffe est définie comme étant le décès ou la date de retransplantation) :

Date de l'échec de la greffe |__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Veuillez cocher la cause de l'échec de la greffe :

00 ☐	Incertain/inconnu	01 ☐	Rejet hyperaigu
29 ☐	Complications des grosses voies aériennes	18 ☐	Tumeur maligne récemment diag.
23 ☐	Thrombose du greffon	63 ☐	Rejet aigu
24 ☐	Bronchiolite oblitérante	25 ☐	Hypertension pulmonaire
28 ☐	Complications chirurgicales— non précisées	11 ☐	Non-fonction primaire/ Blessure par réperfusion
67 ☐	Récidive de la maladie initiale	68 ☐	Combinaison de rejet et d'infection
69 ☐	Infection du greffon	19 ☐	Maladie coronarienne
37 ☐	Syndrome de détresse respiratoire aiguë	64 ☐	Rejet chronique
99 ☐	Autre (préciser) _____		

CAUSE DE DÉCÈS/COMPLICATION COMORBIDE (RECEVEUR)

Génériques
- 00 Cause du décès incertaine ou indéterminée

Maladies cardiaques
- 11 Ischémie myocardique ou infarctus
- 12 Hyperkaliémie
- 13 Péricardite hémorragique
- 14 Autres causes d'insuffisance cardiaque
- 15 Arrêt cardiaque de cause inconnue
- 16 Cardiopathie hypertensive décompensée
- 17 Hypokaliémie
- 18 Surcharge volémique

Maladies vasculaires
- 21 Embolie pulmonaire
- 22 Accident cérébro-vasculaire
- 24 Hémorragie au niveau du greffon — préciser
- 25 Hémorragie à partir d'un accès vasculaire ou du circuit de dialyse
- 26 Rupture d'anévrisme vasculaire (autre que codes 22-23)
- 27 Hémorragie d'origine chirurgicale (autre que codes 23-26) — préciser
- 28 Autre hémorragie (autre que codes 23-27)
- 55 Thrombose vasculaire
- 56 Sténose de la veine pulmonaire
- 57 Complication liée à l'extenseur/ballonnet de distension

Infections
- 03 Infection bactérienne — préciser le siège
- 04 Infection virale — préciser le siège
- 05 Infection fongique — préciser le siège
- 06 Cytomégalovirus
- 07 Virus d'Epstein Barr
- 08 Pneumonie à Pneumocystis carinii (PCP)
- 09 Protozoose/Infection parasitaire (y compris toxoplasmose)
- 10 Infection de la plaie — préciser le siège
- 34 Infections ailleurs (sauf hépatite virale, voir 41-42)
- 35 Septicémie — préciser la source
- 36 Tuberculose (poumon)
- 37 Tuberculose (ailleurs)
- 38 Infection virale généralisée — préciser l'agent viral
- 39 Péritonite (pas le code 70)

Maladies hépatiques
- 41 Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite B
- 42 Foie, atteinte hépatique causée par une autre hépatite virale
- 43 Foie, toxicité médicamenteuse — préciser le médicament
- 44 Cirrhose, d'origine non virale
- 45 Maladie kystique du foie
- 46 Défaillance hépatique, cause inconnue
- 74 Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite C

Maladies gastro-intestinales
- 02 Tumeur gastro-intestinale avec ou sans perforation
- 20 Gastro-entérite aiguë avec déshydratation
- 23 Hémorragie gastro-intestinale
- 29 Infarctus mésentérique
- 62 Pancréatite
- 68 Perforation d'ulcère gastro-duodénal
- 70 Sclérose péritonéale
- 72 Perforation colique

Sociales
- 50 Abus des médicaments (exclut l'abus d'alcool)
- 51 Patient refusant de poursuivre le traitement
- 52 Suicide
- 53 Traitement cessé pour une autre raison
- 54 Abus d'alcool

Accidents
- 81 Accident en rapport avec le traitement
- 82 Accident sans rapport avec le traitement

Divers
- 30 Hypertension
- 40 Acidocétose diabétique
- 64 Cachexie
- 66 Néoplasie probablement induite par traitement immuno-suppresseur — préciser le siège
- 67 Néoplasie sauf celle figurant au code 66 — préciser le siège
- 69 Démence
- 90 Insuffisance de plusieurs organes
- 99 Autre cause de décès identifiée — préciser

Maladies respiratoires
- 19 Insuffisance respiratoire aiguë
- 31 Infection pulmonaire (bactérienne)
- 32 Infection pulmonaire (virale)
- 33 Infection pulmonaire (fongique)
- 49 Bronchiolite oblitérante

Maladies rénales
- 47 Néphropathie aiguë (patients non atteints d'insuffisance rénale)
- 48 Néphropathie chronique (patients non atteints d'insuffisance rénale)
- 61 Urémie secondaire à l'insuffisance du rein transplanté

Maladies métaboliques
- 59 Toxicité causée par la drogue — préciser la drogue

Maladies hématologiques
- 63 Hypoplasie médullaire
- 71 Thrombopénie
- 73 Thrombose — préciser

Maladies neurologiques
- 75 Neurotoxicité médicamenteuse — préciser le médicament
- 76 État de mal épileptique
- 77 Infection neurologique — préciser l'agent infectieux

Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
Formulaire d'inscription des receveurs de transplantations pancréatiques

ENVOYER LES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS À :
Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO)
Institut canadien d'information sur la santé
90, avenue Eglinton Est, bureau 300
Toronto (Ont.) M4P 2Y3
Tél. : (416) 481-2002/téléc. : (416) 481-2950

SECTION A — INFORMATION SUR LE RECEVEUR

Hôpital où la greffe a été effectuée _____
NOM ET VILLE

Nom _____ Prénom/second prénom _____

Nom antérieur _____

Sexe ☐ homme ☐ femme ☐ autre

Groupe sanguin ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ I

Origine raciale

01 ☐ Caucasien 02 ☐ Asiatique 03 ☐ Noir 05 ☐ Sous-continent indien

08 ☐ Îles du Pacifique 09 ☐ Autochtone 10 ☐ Moyen-Orient/Arabe

98 ☐ Inconnu 99 ☐ Autre/Multiracial _____

Date de naissance |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___| (JJ/MMM/AAAA)

N° d'assurance maladie _____

Province émettrice de la carte _____

Addresse (ville) _____

Province _____ Code postal _____

Taille et poids du receveur (Au moment de la transportation)

Taille du receveur ☐☐☐•☐☐☐ (cm)

(facteurs de conversion : 1 pouce = 2,54 cm)

Poids du receveur ☐☐☐•☐☐☐ (kg)

(facteurs de conversion : 1 livre = 0,45 kg)

SECTION B — INFORMATION SUR LA TRANSPLANTATION

Information — liste d'attente :

Date à laquelle le nom du patient a été porté pour la première fois sur la liste d'attente :

(pour cette transplantation) |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___| (JJ/MMM/AAAA)

Date de transplantation |___|___|/|___|___|/|___|___|___|___| (JJ/MMM/AAAA)

☐ Transplantation pancréatique seulement **OU** ☐ Transplantation multiple

Indiquer le ou les autres organes _____

(remplir la section B du formulaire qui s'applique à l'autre organe)

SECTION B — INFORMATION SUR LA TRANSPLANTATION (SUITE)

Type du pancréas

50 ☐ Pancréas entier 53 ☐ Drainage exocrine-entérique

51 ☐ Segmentaire 54 ☐ Drainage exocrine-urinaire

52 ☐ Îlots de Langerhans 55 ☐ Obstruction Wirsung avec polymère

Diagnostic initial d'une insuffisance du pancréas (veuillez cocher une mention)

04 ☐ Fibrose cystique 01 ☐ Pancréatite chronique 05 ☐ Traumatisme

02 ☐ Diabète insulino-dépendant (type 1) 06 ☐ Diabète, type 2

07 ☐ Cancer du pancréas 08 ☐ Cancer du canal cholédoque

03 ☐ Pancréatectomie 99 ☐ Autre (préciser) _____

☐ Retransplantation

_____

Statut du receveur au moment de la transplantation
(cocher ceux qui s'appliquent en répondant : P = Positif, N = Négatif, I = Inconnu)

Hépatite BsAg	P☐ N☐ I☐		Virus d'Epstein Barr	P☐ N☐ I☐	
Hépatite BcAb	P☐ N☐ I☐		VIH	P☐ N☐ I☐	
Hépatite C	P☐ N☐ I☐		CMV	P☐ N☐ I☐	

Taux actuel d'anticorps cytotoxiques _____ % Taux d'anticorps maximal _____ %

Épreuve standard de compatibilité croisée P☐ N☐ I☐

*Profil HLA du receveur A ____ ____ B ____ ____ DR____ ____ DQ____ ____

*Nota : Le RCITO enregiste le numéro HLA le plus bas en premier.

_____

Greffe n° : _____

Antécédents au moment de la greffe :
(cocher une des valeurs acceptables, soit O = Oui, N = Non ou I = Inconnu)

Maladie cardiovasculaire	O☐ N☐ I☐	Insuffisance rénale	O☐ N☐ I☐
Maladie cérébro-vasculaire	O☐ N☐ I☐	Dialyse requise	O☐ N☐ I☐
Maladie vasculaire périphérique	O☐ N☐ I☐	Néphropathie diabétique	O☐ N☐ I☐
Rétinopathie diabétique	O☐ N☐ I☐	Neuropathie diabétique	O☐ N☐ I☐
Diabète familial	O☐ N☐ I☐		

Nombre d'années d'insulino-dépendance_____

Durée d'ischémie chaude _____ (min) Durée d'ischémie réchauffement _____(min)

Durée d'ischémie froide _____ (min)

Nom _____ Prénom/second prénom _____

SECTION C — INFORMATION SUR LE DONNEUR

☐ Vivant ➔ Veuillez compléter le profil des donneurs vivants et l'attacher à de formulaire :

12 ☐ Donneur domino 01 ☐ Cadavre

Pour faciliter le ligne des donneurs, veuillez compléter l'information suivante :

Programme organisant le prélèvement d'organes : _____

N° du donneur attribué par le programme de prélèvement : _____

Nom de famille abrégé : _____ (inscrire les 3 premières lettres du nom de famille du donneur)

Âge Ans : (002-130) _____ Nombre de mois : (001-023) _____

Nombre de jours : (001-030) _____ Nouveau : (000) _____

Sexe ☐ homme ☐ femme ☐ autre

***Profil HLA du donneur** A____ ____ B____ ____ DR____ ____ DQ____ ____

*Nota : Le RCITO enregistre le numéro HLA le plus bas en primier.

SECTION D — RÉSULTATS CHEZ LE RECEVEUR

Veuillez remplir cette section au moment où cette transplantation est enregistrée, généralement dans le mois suivant la date de la transplantation. Cette section peut également servir au suivi lorsque survient un décès, un échec de la greffe ou un transfert du patient à un autre hôpital.

Hôpital du suivi : _____
(inscrire seulement si le centre n'est pas le même que celui où la transplantation a eu lieu)

Statut du patient (une réponse seulement) :

A besoin d'insuline ☐ Oui ☐ Non

Patient vivant ☐ Décédé ☐ Sans nouvelles ☐

Date de l'événement |__|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Si le patient est décédé :

☐ Décès avec un greffon fonctionnel

OU

☐ Décès à cause de l'échec de la greffe
(cocher ci-dessous la cause de l'échec de la greffe)

Cause de décès _____ (codes au verso)

Si vivant avec échec de la greffe ou décédé à cause de l'échec de la greffe (la date de l'échec de la greffe est définie comme étant le décès ou la date de retransplantation) :

Date de l'échec de la greffe |__|__|__|/|__|__|__|/|__|__|__|__| (JJ/MMM/AAAA)

Veuillez cocher la cause de l'échec de la greffe :

00 ☐	Incertain/inconnu	28 ☐	Complications chirurgicales
01 ☐	Rejet hyperaigu	20 ☐	Pancréatite
63 ☐	Rejet aigu	68 ☐	Combinaison de rejet et d'infection
64 ☐	Rejet chronique	69 ☐	Infection du greffon
23 ☐	Thrombose du greffon	18 ☐	Tumeurs malignes récemment diagnostiquées
67 ☐	Récidive de la maladie initiale	11 ☐	Non-fonction primaire
99 ☐	Autre (préciser)_____		

CAUSE DE DÉCÈS/COMPLICATION COMORBIDE (RECEVEUR)

Génériques
- 00 Cause du décès incertaine ou indéterminée

Maladies cardiaques
- 11 Ischémie myocardique ou infarctus
- 12 Hyperkaliémie
- 13 Péricardite hémorragique
- 14 Autres causes d'insuffisance cardiaque
- 15 Arrêt cardiaque de cause inconnue
- 16 Cardiopathie hypertensive décompensée
- 17 Hypokaliémie
- 18 Surcharge volémique

Maladies vasculaires
- 21 Embolie pulmonaire
- 22 Accident cérébro-vasculaire
- 24 Hémorragie au niveau du greffon — préciser
- 25 Hémorragie à partir d'un accès vasculaire ou du circuit de dialyse
- 26 Rupture d'anévrisme vasculaire (autre que code 22)
- 27 Hémorragie d'origine chirurgicale (autre que codes 24 ou 26) — préciser
- 28 Autre hémorragie (autre que codes 24 à 27) — préciser
- 55 Thrombose vasculaire
- 56 Sténose de la veine pulmonaire
- 57 Complication liée à l'extenseur/ballonnet de distension

Infections
- 03 Infection bactérienne — préciser le siège
- 04 Infection virale — préciser le siège
- 05 Infection fongique — préciser le siège
- 06 Cytomégalovirus
- 07 Virus d'Epstein Barr
- 08 Pneumonie à Pneumocystis carinii (PCP)
- 09 Protozoose/Infection parasitaire (y compris toxoplasmose)
- 10 Infection de la plaie — préciser le siège
- 34 Infections ailleurs (sauf hépatite virale, voir 41-42)
- 35 Septicémie — préciser la source
- 36 Tuberculose (poumon)
- 37 Tuberculose (ailleurs)
- 38 Infection virale généralisée — préciser l'agent viral
- 39 Péritonite (pas le code 70)

Maladies hépatiques
- 41 Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite B
- 42 Foie, atteinte hépatique causée par une autre hépatite virale
- 43 Foie, toxicité médicamenteuse — préciser le médicament
- 44 Cirrhose, d'origine non virale
- 45 Maladie kystique du foie
- 46 Défaillance hépatique, cause inconnue
- 74 Foie, atteinte hépatique causée par le virus de l'hépatite C

Maladies gastro-intestinales
- 02 Tumeur gastro-intestinale avec ou sans perforation
- 20 Gastro-entérite aiguë avec déshydratation
- 23 Hémorragie gastro-intestinale
- 29 Infarctus mésentérique
- 62 Pancréatite
- 68 Perforation d'ulcère gastro-duodénal
- 70 Sclérose péritonéale
- 72 Perforation colique

Sociales
- 50 Abus des médicaments (exclut l'abus d'alcool)
- 51 Patient refusant de poursuivre le traitement
- 52 Suicide
- 53 Traitement cessé pour une autre raison
- 54 Abus d'alcool

Accidents
- 81 Accident en rapport avec le traitement
- 82 Accident sans rapport avec le traitement

Divers
- 30 Hypertension
- 40 Acidocétose diabétique
- 64 Cachexie
- 66 Néoplasie probablement induite par traitement immuno-suppresseur — préciser le siège
- 67 Néoplasie sauf celle figurant au code 66 — préciser le siège
- 69 Démence
- 90 Insuffisance de plusieurs organes
- 99 Autre cause de décès identifiée — préciser

Maladies respiratoires
- 19 Insuffisance respiratoire aiguë
- 31 Infection pulmonaire (bactérienne)
- 32 Infection pulmonaire (virale)
- 33 Infection pulmonaire (fongique)
- 49 Bronchiolite oblitérante

Maladies rénales
- 47 Néphropathie aiguë (patients non atteints d'insuffisance rénale)
- 48 Néphropathie chronique (patients non atteints d'insuffisance rénale)
- 61 Urémie secondaire à l'insuffisance du rein transplanté

Métaboliques
- 59 Toxicité due à la drogue — préciser la drogue

Maladies hématologiques
- 63 Hypoplasie médullaire
- 71 Thrombopénie
- 73 Thrombose — préciser

Maladies neurologiques
- 75 Neurotoxicité médicamenteuse — préciser le médicament
- 76 État de mal épileptique
- 77 Infection neurologique — préciser l'agent infectieux